



**UNIVERSIDADE DO MINHO
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO
ANO LETIVO 2016/2017

Autora: Rosa Delgado Rocha, N.º 3793

Mindelo, 2017

Trabalho apresentado à Universidade do Mindelo como parte dos requisitos para obtenção de Complemento de Licenciatura em Enfermagem.

Discente: Rosa Delgado Rocha

**O Uso Abusivo Do Álcool e Seguimento Ambulatório Dos Utentes
No Hospital João Moraes**

Orientadora: Enf.^a Suely Reis

Mindelo, 2017

Dedicatória

Aos meus pais Inês e Amâncio *in memoriam* (1931-2016) a quem tudo devo, aos meus irmãos e sobrinhos companheiros de todas as horas, à minha família religiosa – PIMC, tesouro precioso que Deus me deu e a todos os meus amigos.

Agradecimentos

Agradeço em primeiro lugar a Deus, pelo dom da vida e pela oportunidade de concretizar mais este sonho.

A minha família religiosa, em especial a Comunidade Nossa Senhora do Rosário pelo apoio, carinho e amor que tanto me sustentou.

À minha orientadora, professora Suely Reis, pela sabedoria, conhecimentos partilhados, e dedicação mesmo em momentos particularmente difíceis.

À psicóloga Celeste que se disponibilizou em colaborar comigo com a sua experiência no seguimento de grupo.

Aos meus queridos professores que souberam ser verdadeiros mestres, me surpreenderam e me estimularam a trilhar com confiança o caminho do saber, em especial ao professor Filipe Mandl, pela sua valiosa contribuição.

Aos colegas de classe pelo tempo passado juntos, nas alegrias, nas dores e nos momentos em que apenas a esperança de melhores condições para prestar o serviço nobre de enfermagem nos impulsionou a seguir adiante.

Enfim, a todos que, de maneira direta ou indireta, contribuíram para que esse trabalho fosse concluído.

ÍNDICE

RESUMO	IX
ABSTRACT	X
INTRODUÇÃO.....	1
PROBLEMÁTICA E JUSTIFICATIVA DO ESTUDO	3
CAPÍTULO I - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	7
1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	8
1.1. Uso Abusivo do Álcool	8
1.1.1. Conceitos (álcool, bebidas alcoólicas, alcoolismo)	9
1.1.2. Aspectos históricos do alcoolismo	12
1.1.3. Implicações do uso abusivo do álcool na saúde	13
1.1.4. Impacto socioeconómico do alcoolismo em Cabo Verde	16
1.1.5. Implicações sociais e familiares do uso abusivo do álcool	17
1.1.6. Política de combate ao consumo de álcool.....	20
1.1.7. A enfermagem e o consumo abusivo do álcool.....	21
1.1.8. Diagnósticos e intervenções de enfermagem.....	23
1.1.9. Tratamento farmacológico (vigilância da enfermagem)	25
1.2. Seguimento Ambulatório.....	26
1.2.1. Papel do enfermeiro.....	27
1.2.2. Intervenção Psicológica no consumo de álcool.....	28
CAPÍTULO II- FASE METODOLÓGICA.....	30
2. FASE METODOLÓGICA.....	31
2.1. Tipo de Estudo.....	31
2.2. Instrumento de Recolha de Informações	31
2.3. População Alvo	32

2.4.	Campo Empírico.....	33
2.5.	Procedimentos Éticos Durante a Investigação	34
CAPÍTULO III - FASE EMPÍRICA.....		35
3.	ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	36
3.1.	Análise dos Resultados	38
3.2.	Discussão dos Resultados	50
BIBLIOGRAFIA		54
APÊNDICES		58

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE (versão 2)	24
Quadro 2 - Caracterização sociodemográfica da amostra.....	37
Quadro 3 - Categorias.....	37

RESUMO

O uso abusivo do álcool constitui uma ameaça à humanidade e à estabilidade de qualquer estrutura do estado e da sociedade. Suas consequências afetam todos os espaços geográficos, incluindo todos os indivíduos, independentemente da classe social e económica. Esta monografia aborda a problemática do uso abusivo do álcool enquanto problema de saúde, investigando os motivos que levam a fazer o uso abusivo. Para o estudo da temática optámos por utilizar a metodologia qualitativa do tipo exploratório descritivo, com uma abordagem fenomenológica utilizando como instrumento de recolha de informações, a entrevista estruturada que foi aplicada a uma amostra constituída por nove (9) utentes seguidos no serviço de psicologia do Hospital Regional João Morais em Santo Antão. Os resultados do estudo evidenciaram que os fatores que motivam o consumo abusivo do álcool são tanto pessoais como familiares, culturais e sociais. Este estudo comprovou ainda, que os utentes que fazem o seguimento manifestam-se satisfeitos em participar no grupo, visto ser para eles uma forma de ajuda para o problema em questão. Todavia, o conhecimento das vantagens deste seguimento é superficial e insuficiente o que pode levar ao abandono e a consequente recaída. Este aspeto é preocupante devido ao cenário actual da elevada taxa de consumo e a gravidade do mesmo. Considerámos que a promoção da saúde é um imperativo nesta luta e que o papel da enfermagem é de relevante importância, num trabalho ininterrupto de educação para a saúde, já que é privilégio da enfermagem atuar em todos os setores da saúde.

Palavras-chave: uso abusivo do álcool; alcoolismo; promoção da saúde.

ABSTRACT

The abusive use of alcohol constitutes a threat to the humanity and the society. Its consequences affect all geographical spaces, including all individuals, independently of social and economic class. This monography board the problematic of the abuse use of alcohol while a health problem investigating the causes that takes to do the abusive use. For the study of the list of themes we decidet to use the qualitative methodology of the exploratory kind whit a phenomenologic boarding using as an instrument of information gathering the interview structured with was applied to a sample constituted by nine (9) usuaries attended in the psychology service of the Regional Hospital João Morais in Santo Antônio. The study results ievidence that the factors that motivate the use abusive of alcohol are familiar, cultural and social. This study already confirmed that the usuaries that to the attendance manifest satisfied in participating in the group considered being for them a way of al help to the question problem. Havever, the knowledge of the disadvantages of this attendance is superficial and insufficient which can take to the abandon, and and the consequence relapse. This aspect is worrisome because of the actual scenaryof the high rate use and its gravity. We consider that the health promotion in an imperative in this fighting and that the rale of nursing is relevant in a no interrupted work of education for health, since it is nursing privilege to act in all health sectors.

Key-words: abusive use of alcohol; Alcoholism; health promotion.

LISTA DAS SIGLAS

BOCV – Boletim Oficial de Cabo Verde

CCCD – Comissão de Coordenação de Combate à Drogas

CID – Classificação Internacional de Doenças

CIPE – Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem

DEGI – Departamento de Engenharia e Gestão Industrial

DGPOG – Direção Geral Planeamento e Orçamento do Governo

IDNT – Inquérito sobre Doenças não Transmissíveis

IDRF – Inquérito às Despesas e Receitas Familiares

INE – Instituto Nacional de Estatísticas

MDR – Ministério de Desenvolvimento Rural

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONUDOC – Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime

PALOP – Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa

PECPLA – Plano Estratégico de Combate aos Problemas Ligados ao Álcool

PNDS – Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário

PNS – Política Nacional de Saúde

SCO – Síndromes Cerebrais Orgânicas

SNC – Sistema Nervoso Central

VAGROG – Valorização do Grogue

INTRODUÇÃO

O presente trabalho monográfico enquadra-se no âmbito do curso de conclusão de licenciatura em enfermagem, apresentada à Universidade do Mindelo como requisito para obtenção do grau de licenciatura em Enfermagem.

Trata-se de um estudo de carácter científico e investigativo onde será desenvolvido o tema sobre: O uso abusivo do álcool e o seguimento ambulatorio dos utentes no Hospital João Morais. O uso abusivo de álcool constitui, na atualidade, uma ameaça à humanidade e à estabilidade de qualquer estrutura do estado e da sociedade. Suas consequências afetam todos os espaços geográficos, incluindo todos os indivíduos, independentemente da classe social e económica. Isto faz com que haja uma preocupação cada vez maior por parte dos profissionais de saúde, das famílias e autoridades governamentais quanto ao crescente número de alcoólatras.

Tanto nos países desenvolvidos ou em desenvolvimento o álcool é utilizado de forma abusiva, causando uma série de consequências como doenças neurodegenerativas, cardiovasculares, hepáticas, gastrointestinais e mentais. O álcool não traz apenas problemas físicos, o mesmo pode estar relacionado a problemas sociais como desordem pública, vandalismo, problemas familiares e ocupacionais.

Este problema tem-se espalhado nas sociedades atingindo dimensões epidémicas, transformando-se num sintoma inquietante e gerando um profundo mal-estar, trazendo assim sérias consequências não só no que diz respeito à saúde, como também para as famílias e os governos.

Embora constitua um problema de saúde em Cabo Verde, existe pouco estudo sobre esta temática, facto este que acrescenta a relevância deste estudo por possibilitar um enriquecimento na procura de soluções. Outrossim, a motivação de cariz académica foi também importante na escolha do tema, uma vez que desejamos ganhar mais competências para uma luta efetiva. Assim, pretendemos analisar o conhecimento e as opiniões dos utentes afetados, visando a elaboração de um programa de promoção da saúde e prevenção de riscos relacionados com uso abusivo dessa substância.

No que concerne à estrutura do trabalho, este está organizado em três capítulos bem definidos que são: a fundamentação teórica, a fase metodológica e a fase empírica. No primeiro capítulo (fundamentação teórica) serão abordados os principais conceitos inerentes à compreensão da temática descrita. Descreveremos o conceito do uso abusivo do álcool, os aspetos históricos, o impacto socioeconómico do álcool em Cabo Verde, as implicações

sociais e familiares do uso abusivo do álcool, a política de combate ao alcoolismo, o papel e o diagnóstico de enfermagem, o seguimento do utente no serviço de psicologia e as intervenções de enfermagem na prevenção.

No segundo capítulo encontra-se descrito toda a trajetória metodológica, compreendendo a explicação do tipo de pesquisa e a abordagem que foi empregue nesta investigação, os instrumentos de recolha de informações, o campo empírico, a população alvo e os aspetos éticos e legais inerentes à investigação.

O terceiro capítulo trata da fase empírica com explicação detalhada da apresentação e análise dos resultados da investigação. Deve constar, ainda, como parte da monográfica as conclusões chegadas, bem como, a indicação bibliográfica seguida, os anexos e apêndices que serviram de suporte.

O trabalho está escrito obedecendo as regras do novo acordo ortográfico e elaborado segundo as normas de redação e formatação de trabalhos científicos da Universidade do Mindelo.

PROBLEMÁTICA E JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

O uso de álcool é considerado mundialmente um grave problema de saúde pública, com um impacto negativo sobre a saúde física e mental da população. Além de provocar vulnerabilidade ao consumo de substâncias psicoativas, o uso indevido de álcool, tem sido considerado um dos principais fatores para a morbimortalidade.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2005), o uso abusivo do álcool, causa em todo o mundo anualmente 1,8 milhões de mortes (3,2% do total) e a perda de 58 milhões (4% do total) de anos de vida ajustados por incapacidade em todo o mundo. O consumo de álcool na Europa é o mais alto do mundo, embora tenha diminuído. As pessoas na Região Europeia bebem quase o dobro da quantidade média de álcool no mundo, segundo os últimos números da OMS, (2014). De acordo com o Relatório Mundial sobre o álcool e saúde (2014), o consumo na Europa cai 10%, de 12,2 L de álcool puro *per capita* em 2003-2005 para 10,9 L em 2008-2010. Contudo, a Europa continua a ter a maior taxa de consumo de álcool no mundo.

Segundo o Plano Nacional para a resolução dos problemas ligados ao álcool (Portugal 2010-2012), no que se refere à mortalidade, o álcool é responsável por cerca de 195 000 mortes por ano na União Europeia. A percentagem de mortes atribuíveis ao álcool é maior nas idades compreendidas entre os 15 e os 29 anos e é mais elevada no sexo masculino (cerca de 25% a 30% do número total de mortes) que no sexo feminino (10% a 15%).

No Brasil, o I Levantamento Nacional Domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas, realizado em 2001, com participação de 107 cidades brasileiras de população superior a 200.000 habitantes, revelou que o consumo de álcool na população total era de 68,7%. Dos entrevistados com idade entre 12 e 17 anos, 48,3% relataram uso de bebidas alcoólicas, e o percentual foi de 73,2% nos de faixa etária entre 18 e 24 anos (Miranda, 2007).

Em Cabo Verde, o alcoolismo é também um problema de saúde. Segundo dados do 1º Inquérito, Nacional sobre a prevalência do consumo de substâncias psicoactivas na população geral, feito pela Comissão de Coordenação de Combate à Droga (CCCD) em 2012, “o álcool é a droga mais consumida em Cabo Verde, com uma taxa de prevalência de 63,5%” (B.O. 18 Abril de 2016).

O Plano Estratégico de Combate aos Problemas ligados ao Álcool (PECPLA, 2015 p.6) diz que “hoje é tido como consenso que os consumidores ditos sociais e os consumidores excessivos fazem parte do mesmo contingente e as ações preventivas que visam a redução do consumo abusivo do álcool devem ser orientadas para este grupo”.

No nosso ponto de vista esta ação deve ser também extensiva a família e a comunidade, uma vez que percebemos um défice generalizado no que concerne ao trabalho com este grupo fora dos limites da estrutura física do hospital e dos serviços afins. O PECPLA (2015) afirma que “intervenções centradas na informação e educação da população, com base comunitária sobre os efeitos nocivos do álcool, constituem uma urgência”.

Dados do Inquérito sobre as Despesas e Receitas Familiares (IDRF), realizado em Cabo Verde nos anos 2001-2002, mostram que as famílias gastam 2% do seu orçamento no consumo de bebidas alcoólicas, percentagem sensivelmente igual a que gastam com as despesas de saúde e que é cerca do dobro do que gastam com a educação (INE/IDRF, 2002). De sublinhar, entretanto, que o mesmo inquérito (IDRF), realizado em 2015, esta percentagem diminuiu para 1% em bebidas alcoólicas e as despesas com saúde aumentou para 3% (INE/IDRF, 2015), o que revela que algum trabalho já está a ser feito na consciencialização do problema em questão.

Segundo o Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário de Cabo Verde (PNDS), “o consumo perigoso do álcool entre os homens (40-60 mg/dia) é de 6,35% e entre as mulheres (20-40mg/dia) é de 2,4% na faixa etária dos 25 a 64 anos de idade. O consumo nocivo, isto é, superior a 60 mg/dia para homens e superior a 40mg/dia para as mulheres, é de 2,9% e 0,2%, respectivamente” (MS, 2012).

Outros estudos realizados em Cabo Verde revelam que a prevalência do consumo do álcool ao longo da vida situa-se em 63.5%, sendo o homem responsável por 81.3% desse consumo e a mulher por 49.5%, I Inquérito Nacional sobre a prevalência de consumo de substâncias psicoativas, realizado em Cabo Verde (CCCD/ONUDD, 2013).

Constata-se ainda que “a taxa de consumo atual do álcool é de 64,3% no grupo dos 15-34 anos, aumenta para 68,2% no grupo 35-44 anos e diminui para 48,5% no grupo dos 55-64 anos. A maior experiência do consumo de bebidas alcoólicas ao longo da vida verifica-se nas idades compreendidas entre 25-34 anos (34%). A percentagem de consumo é de 61,5% entre os 15-34 anos” (CCCD/ONUDD, 2013).

Em relação “à aguardente produzida em Cabo Verde, 2% da população consomem várias vezes ao dia, 5% diariamente, 11% declararam consumir várias vezes por semana, 9% pelo menos uma vez por semana. Relativamente aos adultos jovens, a taxa de continuidade do consumo é mais elevada entre a população de 15-34 anos (86,1%), sendo 83,6% para o conjunto da população” (CCCD/ONUDD, 2013).

No que se refere ao caso do Hospital João Morais bem como da Delegacia de Saúde do Concelho da Ribeira Grande, Santo Antão, também estão perante essa grande inquietação

de como trabalhar ou desenvolver um programa que vá de encontro a essa problemática, sobretudo no que tange o seguimento dos utentes que recebem tratamento no referido hospital logo a seguir a alta, através do serviço de psicologia.

A equipa que trabalha neste serviço tem vindo a oferecer aos usuários um atendimento quando em situações de sofrimento psíquico e transtorno mental ligado ao consumo do álcool, e também trabalhando na prevenção do uso abusivo tanto nas comunidades como nas famílias. Apesar de em Cabo Verde ter uma legislação vasta que abarca quase todos os problemas ligados ao consumo do álcool desde a sua produção, comercialização e consumo, não tem conseguido dar respostas, nem acompanhar a velocidade dessa epidemia.

O alcoolismo, para além de doença em si, constitui um fator de risco para várias doenças crónicas e representa um drama para a sociedade cabo-verdiana pelas consequências de mortes, incapacidades por acidentes de trânsito, agressões, violência doméstica, absentismo ou incapacidade para o trabalho, entre outros. Além de participar na implementação das medidas de prevenção do alcoolismo, o Sistema Nacional de Saúde terá que equacionar as respostas de tratamento e reabilitação das pessoas afetadas. “O consumo perigoso de álcool foi de 11,5% nos homens na faixa etária dos 35-44 anos de idade e de 7,7% para as mulheres e o consumo regular do álcool na população geral foi de 53,2%” (IDNT, 2007).

Em Santo Antão, segundo os dados estatísticos do Hospital João Morais há uma tendência para o aumento de internamentos nas enfermarias de medicina e saúde mental, por problemas ligados ao alcoolismo ao longo dos anos. Assim, em 2015 houve 137 internamentos por alcoolismo o que corresponde 20% do total de internamentos, e em 2016 este número elevou-se para 146 correspondente a 24%, o que revela que o quadro tende-se a piorar. A análise dessas informações leva-nos a perceber que no contexto actual, o consumo do álcool é um grande problema de saúde pública, com consequências graves e muitas vezes irreversíveis para o consumidor, a família e a sociedade em geral.

E foi da constatação desta realidade que surgiu o fundamento que sustenta a ideia de abordar este tema, aliada a percepção de uma elevada taxa de recaída após a interrupção, quando nenhum tratamento é feito e agravado numa sociedade em que o consumo do álcool não só goza de grande tolerância como até é incentivado. A tentativa é de consciencializar os consumidores sobre os efeitos nefastos do consumo abusivo do álcool, desafiá-los a abordar de forma permanente a problemática nas suas comunidades, e ainda, implicar as instituições públicas e privadas num compromisso no seu combate.

Outro motivo que nos estimulou a investigar essa temática emergiu do atendimento e acompanhamento através do serviço de enfermagem no Hospital João Moraes, onde o número de utentes que fazem uso abusivo do álcool é cada vez maior, contribuindo assim para um declínio pessoal, social e familiar dos mesmos. Partindo desses pressupostos e tendo em atenção o facto de ser uma temática pouco investigada a nível dos sistemas de saúde, é que elegemos, como forma de darmos também o nosso contributo.

Temos, portanto, o seguinte objetivo geral

Objetivo geral: Analisar os fatores que influenciam o consumo abusivo de bebidas alcoólicas dos utentes atendidos no serviço de psicologia do Hospital João Moraes.

De acordo com o objetivo geral foram delineados os seguintes objetivos específicos:

Objetivos específicos:

- Conhecer o perfil sociodemográfico dos utentes atendidos no serviço de psicologia do Hospital João Moraes.
- Identificar os fatores que influenciam o consumo abusivo de bebidas alcoólicas dos utentes atendidos no Hospital João Moraes.
- Descrever os fatores que influenciam o consumo abusivo de bebidas alcoólicas dos utentes atendidos no serviço de psicologia do Hospital João Moraes.
- Descrever a satisfação dos utentes atendidos no serviço de psicologia do Hospital João Moraes sobre a assistência recebida no serviço;

CAPÍTULO I - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O desenvolvimento de uma pesquisa em qualquer campo pressupõe antes de tudo, a escolha duma área determinada e conseqüentemente o tema. A abordagem teórica fundamentada na pesquisa dá qualidade científica ao trabalho. Sendo assim torna-se fundamental a clarificação dos conceitos a serem utilizados e, por conseguinte a escolha das referências bibliográficas sólidas e confiáveis que suportará a pesquisa. Sabemos que vários são os autores que se têm debruçado sobre a revisão das conseqüências adversas devidas ao uso abusivo do álcool. Queremos neste capítulo debruçar nos conceitos e alguns conteúdos inerentes ao uso abusivo do álcool e o seguimento do ambulatório.

1.1. Uso Abusivo do Álcool

O uso abusivo do álcool constitui, atualmente, um problema de saúde pública em função de sua complexidade e magnitude, visto que seus efeitos afetam, significativamente, a saúde e a qualidade de vida dos usuários e familiares. Contudo devemos ter em conta que os fatores familiares e do meio, são insuficientes para explicar o uso abusivo do mesmo. Há que implicar as instituições e a sociedade em geral na busca de soluções. Neste contexto propomos investigar este assunto com o intuito de oferecer o nosso contributo.

Assim, em conformidade com Schuckit (1998), noventa por cento das pessoas tomam bebidas alcoólicas, 40% a 50% dos homens apresentam problemas temporários induzidos pelo álcool e 10% a 20% dos homens e 3% a 10% das mulheres desenvolvem problemas generalizados e persistentes relacionados com o álcool (dependência ou abuso de álcool = alcoolismo). O mesmo autor afirma que o álcool, a nicotina e a cafeína são as substâncias mais consumidas no ocidente, sendo o álcool a mais destrutiva.

Entretanto, sabemos que o alcoolismo é uma intoxicação crónica que afeta todo o sistema fisiológico e psicológico do indivíduo, no qual o mesmo faz uso da substância para causar conforto ou aliviar sintomas indesejáveis proporcionados pela abstinência. Beber até à intoxicação aguda (embriaguez) produz como consequência uma deterioração nas capacidades cognitivas, na tomada de decisões e na capacidade de auto controlo do comportamento (Gomes, 2010).

Visto como uma das substâncias mais consumidas no mundo, a Organização Mundial da Saúde (OMS) relata que aproximadamente dois bilhões de pessoas consomem bebidas alcoólicas, sendo de uso social ou por indivíduos dependentes. O álcool é considerado

uma droga depressora do Sistema Nervoso Central (SNC) que devido ao seu uso exagerado, ocasiona vários problemas sociais (Reis, *et al*, 1983).

Os doentes com consumo excessivo, seja de risco ou nocivo, podem manifestar inicialmente poucos sintomas ou sinais clínicos e o médico pode não suspeitar da relação entre algumas queixas inespecíficas e o consumo de álcool. Sabe-se que tanto nos países desenvolvidos ou em desenvolvimento o álcool é utilizado de forma abusiva, causando uma série de consequências como doenças neurodegenerativas, doenças cardiovasculares, hepáticas, gastrointestinais e mentais (Gomes, 2010).

Ainda, cabe destacar que estudos realizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) demonstram uma ocorrência significativa de mortes e doenças associadas ao uso abusivo de álcool, sendo o alcoolismo a 3ª causa de mortalidade e morbidade no mundo (OMS, 2011).

1.1.1. Conceitos (álcool, bebidas alcoólicas, alcoolismo)

Com o intuito de fundamentar a temática, abordaremos os conceitos acima referidos, apresentando aquilo que alguns autores discorrem sobre os mesmos.

- O álcool é o principal componente das bebidas alcoólicas.

Para Mello, (2015), o álcool das bebidas alcoólicas é álcool ordinário, álcool etílico ou álcool vínico (fórmula química: $\text{CH}_3\text{CH}_2\text{OH}$), líquido incolor volátil, de sabor ardente e cheiro característico. O álcool é uma das poucas drogas psicotrópicas que tem seu consumo admitido, sendo até mesmo incentivado pela sociedade, mesmo com o risco de provocar e/ou desenvolver dependência (Silveira, 2011).

Mello diz ainda, que o “álcool etílico, principal componente das bebidas alcoólicas, resulta da fermentação de alguns açúcares (glicose ou glucose e levulose ou frutose), por acção de microorganismos, chamados leveduras ou fermentos, mais precisamente, de um enzima que essas leveduras segregam” (Mello, 2015 p. 8).

- As bebidas alcoólicas

Podem ser obtidas também, através do processo de destilação, onde a concentração do álcool é maior. Portanto, há dois tipos de bebidas alcoólicas: Bebida alcoólica fermentada é a bebida alcoólica proveniente da transformação que se opera em qualquer líquido contendo açúcares, ao sofrer fermentação, perdendo todo o açúcar que se transforma em álcool etílico (Cerveja – 3 a 8 %, Vinho – 6 a 15%) e bebida alcoólica destilada é a bebida alcoólica proveniente da destilação de outra bebida alcoólica. É, por conseguinte, uma bebida alcoólica

mais «forte» em álcool, isto é, tem maior graduação do que a que lhe deu origem (Licor – 30 a 50 %, aguardente – superior a 45%) Mello, (2015).

Importa destacar neste ponto a produção nacional de bebidas alcoólicas, segundo o PECPLA, por ser relevante para o em estudo.

- O grogue (aguardente de cana de açúcar) é considerado a principal bebida alcoólica destilada produzida em Cabo Verde, sendo a ilha de Santo Antão o espaço geográfico que ocupa o lugar cimeiro na sua produção, seguindo-se as ilhas de Santiago, S. Nicolau e Brava. O destilado cabo-verdiano tem uma grande procura no mercado nacional e na diáspora.

De acordo com o censo agrícola de 2005, a terra arável de Cabo Verde cobre 41.842 hectares, incluindo 7% de terrenos irrigados e 93% de sequeiro. Grande parte deste potencial distribui-se pelas ilhas de Santiago (52%), Santo Antão (22%) e Fogo (14%). Em Santo Antão a área irrigada totaliza 1.848 hectares, sendo 1.016 hectares (55%) ocupados pela cana sacarina, produto agrícola dominante na ilha que é responsável por 81,2 % de sua produção no país. Os restantes 18.8% estão distribuídos pelas ilhas de Santiago, S. Nicolau e Brava (MDR/DGPOG/DEGI, 2011).

- Os licores e cocktails diversos ocupam o segundo lugar entre as bebidas alcoólicas mais consumidas em Cabo Verde, perdendo apenas para a cerveja. A produção de licores é uma atividade caseira muito difundida em Cabo Verde e tem por matérias-primas a aguardente, ervas aromáticas diversas, frutas diversas e mel de cana-de-açúcar ou calda de açúcar refinado queimado (CCCD, 2013).

- O Vinho do Fogo conhecido como “manecom”, o vinho era produzido por poucas famílias aí residentes utilizando métodos caseiros pelo que tinha de ser consumido em curto espaço de tempo. A quantidade era reduzida e insuficiente para o abastecimento do mercado fora da ilha do Fogo (VAGROG, 2010).

- “A cerveja é a bebida alcoólica mais consumida em Cabo Verde (86%). Existe apenas uma fábrica de produção de cervejas no país, que também produz refrigerantes. O consumo da cerveja é de tal ordem que a produção nacional não impede a importação em larga escala de diversas marcas de cervejas produzidas no mercado europeu” (PECPLA, 2015, p. 25).

Tendo em conta a realidade cabo-verdiana, sabemos que estas bebidas não pagam qualquer imposto porque não são declaradas, pelo que a sua produção e comercialização podem ser consideradas atividades ilegais. Geralmente, o álcool utilizado para o seu fabrico é

de baixo custo e qualidade duvidosa, o que torna o seu acesso fácil devido ao preço e determinar muita procura e consequentemente um maior consumo, sobretudo por parte das pessoas de baixa renda e adolescentes.

No entanto, a partir dos anos 80 do século XX, houve um aumento da produção e melhoria da qualidade do vinho devido ao facto de que os produtores passaram a contar com equipamentos recebidos através da Cooperação Alemã e do Projeto Integrado de Desenvolvimento das ilhas do Fogo e Brava (CCCD, 2013).

Outro conceito que muito nos interessa é o do alcoolismo cuja dificuldade de definição continua apesar da vasta investigação realizada nos últimos anos, quer a nível clínico, laboratorial ou epidemiológico.

- O alcoolismo

Segundo Gigliotti e Bessa, (2004), Thomas Trotter foi quem, pela primeira vez, referiu-se ao alcoolismo como "doença". Outro autor de relevância foi o sueco Magnus Huss (1849), que definiu o conceito de "alcoolismo", como um estado de intoxicação pelo álcool que se apresentava com sintomas físicos, psiquiátricos ou misto.

Entretanto, para Sousa *et al*, (1986, p. 101),

“O alcoolismo é a situação que resulta do consumo de bebidas alcoólicas – alcoolismo agudo ocasional que é a forma de intoxicação alcoólica que mais frequentemente nos aparece no serviço de urgência, mas o mesmo autor afirma que mais importante ainda é a situação de alcoolismo crónico que podemos definir como um distúrbio crónico do comportamento manifestado por uma preocupação com o álcool e o seu uso, em detrimento da saúde psíquica e física.”

Mello *et al*, (2001, p.15), refere que o “alcoolismo não constitui uma entidade nosológica definida, mas a totalidade dos problemas motivados pelo álcool, no indivíduo, estendendo-se em vários planos e causando perturbações orgânicas e psíquicas, perturbações da vida familiar, profissional e social, com as suas repercussões económicas, legais e morais.”

O alcoolismo é formalmente reconhecido como doença pelo Código Internacional de Doenças (CID 10, 2006) da Organização Mundial de Saúde, que o classifica sob o título de “síndrome de dependência do álcool” (referência F - 10.2). Atualmente, a Organização Mundial de Saúde (OMS) define o alcoólico como ‘um bebedor excessivo, cuja dependência em relação ao álcool é acompanhada de perturbações mentais, da saúde física, da relação com os outros e do comportamento social e económico’ (OMS, Genebra: WHO, 2004).

Oliveira (2009, p. 8), por sua vez, diz que a OMS estabelece uma distinção entre alcoolismo como doença e alcoólico como doente. Assim, o alcoolismo é constituído pela

totalidade dos problemas motivados pelo álcool no indivíduo, estendendo-se em vários planos e causando perturbações orgânicas e psíquicas, perturbações da vida familiar, profissional e social com as suas repercussões económicas, legais e morais.

Estas são algumas definições dos conceitos que achamos pertinentes referir, mas sabemos que apesar de se ter levado a cabo muitas investigações a respeito desta temática, permaneçam dificuldades na compreensão deste fenómeno, embora haja cada vez mais sensibilidade quanto a problemática não só em cabo Verde, alvo do nosso estudo, como no mundo inteiro.

1.1.2. Aspectos históricos do alcoolismo

A história da humanidade tem-nos mostrado o gosto que o homem nutre pelo consumo de bebidas alcoólicas e vários são os motivos. Em uma das passagens da Bíblia, no Antigo Testamento, Noé, após o dilúvio, plantou vinha e fez o vinho. Fez uso da bebida a ponto de se embriagar. Reza a Bíblia que Noé gritou, tirou a roupa e desmaiou. Momentos depois seu filho Cam o encontrou "tendo à mostra as suas vergonhas". Foi o primeiro relato que se tem conhecimento de um caso de embriaguez (Gênesis 9, 21).

O consumo de bebidas alcoólicas é um hábito adquirido pela sociedade a milénios, entretanto o consumo em excesso é considerado o quinto fator de risco mais notável para ocorrência de mortes prematuras e incapacidades no mundo (ROCHA, *et al.* 2011). As primeiras bebidas alcoólicas eram obtidas exclusivamente pelo processo de fermentação (vinho, cerveja, brasca) e, por isso, eram de baixo teor alcoólico. Os mosteiros medievais eram grandes produtores de bebidas fermentadas (PECPLA, 2015 p.8).

Em meados do ano de 1935, Bob Smith e Bill-Wilson criaram uma fundação por nome Alcoólicos Anónimos, após sua recuperação, pois ambos eram alcoólatras. No ano de 1951, a OMS determinou que o alcoolismo se tratava de problema médico, sendo assim reconhecida a mais ou menos 35 anos pela Associação Psiquiátrica Americana como doença psiquiátrica (Reis, *et. al.*, 2014).

Já em 1940, a escola americana de Jellinek, atenta à extensão dos problemas relacionados com o álcool, à complexidade dos seus efeitos, à multiplicidade e interação de forças e vectores na sua origem, deu passos neste sentido, fazendo colaborar pela primeira vez, em estudos sobre Alcoolismo, e em 1945 este movimento científico sobre Alcoolismo estende-se à Europa, surgindo em França o CNDCA (Comité National de Défense Contrel'Alcoolisme) e na Suíça o ICAA (International Councilon Alcoholand Addictions).

Mas é à Organização Mundial de Saúde que se deve o grande empenhamento na definição da problemática ligada ao álcool (Mello, *et al*, 2001).

Em Cabo Verde a produção e o consumo do álcool é uma preocupação não só das autoridades, mas também dos cidadãos pela dimensão do problema. Constata-se ainda que no cômputo geral dos dois sexos, Cabo Verde ocupa o lugar intermédio entre os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP) com um consumo *per capita* de 17.9 litros de álcool puro, ficando atrás de Angola e São Tomé e Príncipe e à frente de Guiné-Bissau e Moçambique (PECPLA, 2015).

1.1.3. Implicações do uso abusivo do álcool na saúde

O álcool é uma das poucas drogas psicotrópicas que tem seu consumo admitido, sendo até mesmo incentivado pela sociedade, mesmo com o risco de provocar e/ou desenvolver dependência (Silveira, 2011). Trata-se duma substância atraente, já que os seus efeitos imediatos em doses moderadas são percebidos pelo consumidor como agradáveis, Além disso, (Schuckit, 1998, p. 80), afirma que “para os não alcoólicos que estão a tomar medicamentos e se encontram em boa forma física, o álcool em dose de até duas bebidas por dia tem efeitos benéficos sobre a sociabilidade”. O álcool interfere em mais de 200 condições de saúde e agravos constantes da Classificação Internacional de Doenças (CID 10, 2006), da OMS.

De acordo com a PECPLA, (2015, p. 28) os efeitos nocivos do álcool na saúde humana começam a manifestar-se ainda na fase de vida intra-uterina quando provoca aborto, parto prematuro ou malformação fetal devido ao consumo pela gestante, e ao longo da vida são múltiplos os efeitos negativos do álcool sobre praticamente todos os órgãos e sistemas do corpo humano. A cirrose hepática, vários tipos de câncer do aparelho digestivo e das vias respiratórias superiores (faringe, laringe, traqueia), pancreatite, neuropatias, psicoses, depressão, entre outros.

No mesmo raciocínio e tendo em conta os efeitos nefastos do uso abusivo do álcool na saúde, podemos dizer que o álcool constitui uma droga prejudicial para a saúde.

Nas linhas diretivas da Política Nacional de Saúde, (2007, p. 40), lê-se o seguinte:

“Pela importância do consumo abusivo do álcool em Cabo verde, praticamente sem fronteiras de classes sociais nem de grupos etários a partir da adolescência e pelas consequências dramáticas do alcoolismo traduzidas na incapacidade de trabalho, na violência doméstica e nas mortes por acidentes rodoviários, o seu combate deve incidir, particularmente na prevenção do consumo do álcool desde cedo, a partir da

idade escolar, reforçando a aplicação da lei que proíbe a venda de bebidas alcoólicas entre os menores e a publicidade das mesmas.”

Sabe-se também, que o consumo do álcool constitui um dos principais fatores de risco de doenças não transmissíveis como a diabetes, hipertensão arterial, cardiopatias, doenças isquêmicas e acidentes vasculares. Além disso, está na base de muitos episódios de mortes violentas, como homicídios, suicídios, mortes resultantes de acidentes de trânsito, atos violentos de que resultam lesões e mutilações de gravidade diversas.

Robert (1997), refere que uma vez ingerido, o álcool de qualquer bebida alcoólica vem a ser destruído, na sua quase totalidade, pelo fígado. Só uma pequeníssima porção (cerca de 3% não é destruída, vindo a ser eliminada pelos pulmões (respiração), pelos rins (urina) e pela pele (transpiração).

Mello, (2015, p.19), por sua vez, afirma que “através da boca e esôfago, o álcool chega ao estômago onde permanece escassos minutos em jejum e até uma hora e mais, nas refeições. Daí e do intestino delgado difunde-se no sangue, através da circulação que o conduz ao fígado onde sofre degradação, lentamente. É, pois, sangue alcoolizado que prossegue na circulação, atingindo o coração, pulmões, cérebro, rins, membros superiores e inferiores e todas as partes do corpo.”

No sistema nervoso, “a ingestão crônica de álcool resulta na deterioração dos nervos periféricos de ambas as mãos e pés (uma neuropatia periférica vista em 5-15% dos alcoólicos) e em síndromes cerebrais orgânicas (SCO) temporais ou permanentes, associadas com o efeito direto do álcool quanto com deficiências vitamínicas específicas” (Schuckit, 1986, p. 83).

Para Laranjeira, (1996, p. 89), devido a ampla aceitação do álcool na nossa sociedade, a intoxicação alcoólica aguda é a mais frequente forma de distúrbio mental associado ao uso de álcool. Os estágios da intoxicação variam de uma leve embriaguez a anestesia, coma, depressão respiratória e raramente morte.

Ainda, segundo este mesmo autor, “a intoxicação pode levar a mudanças de comportamento que incluem comportamento sexual inadequado, agressividade, controle muscular deficiente, capacidade de julgamentos diminuída e funcionamento social e ocupacionais comprometidos” (Laranjeira, 1996, p. 89).

Já Schuckit, (1986), refere que no aparelho digestivo, o álcool está associado a altas taxas de úlceras pépticas, bem como taxas elevadas de inflamação do estômago (gastrite) ou pâncreas (pancreatite), hepatite alcoólica, hepatite crônica ativa e cirrose. Mesmo em doses baixas, o álcool perturba a função hepática.

Neste sentido, Sousa, *et al*, (1986, p.104), diz que “as repercussões do alcoolismo sobre o aparelho digestivo dependem de vários factores, entre os quais: tipo de alcoolismo, dose diária de álcool, duração, suscetibilidade individual (factores genéticos), factores dietéticos (malnutrição, por exemplo) e outros”. Convém salientar ainda que segundo o mesmo autor, uma vez que a absorção do álcool se faz, a nível do estômago e intestino proximal e a metabolização no fígado, estes órgãos são, sem dúvida, os mais atingidos pelos efeitos nocivos que resultam da sua ingestão.

Nesta ótica consideramos oportuno sublinhar que a cirrose é uma das principais complicações do alcoolismo estando associado ao maior número de óbitos e nessa perspectiva Nettina, (1998, p. 467), refere que “a cirrose é uma doença crónica na qual existiu uma destruição difusa e regeneração fibrótica de células hepáticas (...) modificam-se assim a estrutura e vasculatura normal do fígado, prejudicando o fluxo sanguíneo e linfático, levando à insuficiência hepática e hipertensão aórtica”. A mortalidade por cirrose hepática é considerada o principal indicador de complicações do alcoolismo, na população em geral (Maio, Dichi, Burini, 2000).

Daniel & Kurt, (1998), diz ainda, que a cirrose hepática alcoólica é o tipo mais comum de cirrose encontrada na América do Norte e em muitas partes da Europa e América do Sul. A cirrose alcoólica é apenas uma das muitas consequências da ingestão crónica de álcool etílico e, com frequência, acompanha outras formas de lesão hepática provocada pelo álcool. As três principais lesões hepáticas decorrentes do consumo do álcool denominam-se: Esteatose hepática alcoólica, hepatite alcoólica e cirrose alcoólica.

Sobre estas três principais lesões o mesmo autor descreve o seguinte:

- Esteatose hepática alcoólica - o fígado aumenta de tamanho, torna-se amarelado, gorduroso e de consistência firme. O acumulo de gordura no fígado do alcoólatra resulta da combinação e oxidação de ácidos graxos prejudicada, aumento da captação e da esterilização de ácidos graxos para formar triglicerídeos e redução da biossíntese e da secreção de lipoproteína.
- Hepatite alcoólica - as características incluem degeneração e necrose dos hepatócitos, em geral com células balonadas, e um infiltrado de leucócitos plimorfonucleares e linfócitos. Os plimorfonucleares podem circundar os hepatócitos lesados que contêm hialinos alcoólicos.
- Cirrose alcoólica – com a continuidade da ingestão do álcool e da destruição dos hepatócitos, surgem fibroblastos no local da lesão e estimulam a formação de colágeno.

Com essa destruição o fígado encolhe, diminuindo de tamanho, adquire um aspeto nodular e torna-se endurecido à medida que se desenvolve cirrose terminal.

Concordando com o autor acima referido, Kassab *et al*, (2006, p. 48), afirma que:

“O álcool tem ação tóxica direta sobre diversos órgãos. As complicações mais frequentes são as gastrites, úlceras [estômago], hepatite, esteatose (fígado gorduroso), cirrose [fígado], pancreatite [pâncreas], demência, anestesia e dor com diminuição da força muscular nas pernas (neurites) [sistema nervoso] e doenças do coração, com risco de infarto, hipertensão e derrame cerebral [sistema circulatório]. O álcool também aumenta o risco de câncer no trato gastrointestinal, na bexiga, na próstata, garganta e outros órgãos.”

E no sistema cardiovascular, Schuckit, (1986, p. 83), referencia que cerca de um quarto dos alcoólicos desenvolve doenças do coração ou do sistema cardiovascular – o álcool uma toxina para os músculos estriados provoca uma inflamação ou miocardiopatia, hipertensão, aumento de gorduras no sangue, incluindo o colesterol.

1.1.4. Impacto socioeconómico do alcoolismo em Cabo Verde

Estudos realizados em Cabo Verde segundo o Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS) e o Plano Estratégico de Combate aos Problemas ligados ao Álcool, (PECPLA, 2015) diz que, os gastos necessários para a recuperação da saúde das pessoas vítimas diretas ou indiretas do consumo nocivo do álcool são difíceis de determinar no nosso país devido a insuficiências no sistema de recolha de informações e coleta de dados.

Mesmo assim, evidências apontam para um gasto elevado e, certamente nalgumas situações, parte dos recursos financeiros que poderiam ser investidos em outros domínios visando a melhoria da qualidade dos serviços de saúde, é desviada para cobrir as mazelas deixadas pelo consumo do álcool.

O mesmo documento relata que “os gastos com internamentos e tratamentos de dependentes do álcool também são avultados pelo facto de haver recaídas frequentes e que exigem internamentos de repetição, isso apesar de se reconhecer que a frequência do tratamento desses doentes está longe de atingir o mínimo satisfatório. Paralelamente, há que ter presente que a ocupação de leitos hospitalares com doentes que precisam de desintoxicação alcoólica reduz a possibilidade de internamento de pacientes com morbilidades de outra natureza” (PECPLA, 2015).

Muitas pessoas que são atendidas nos serviços de urgência dos hospitais e centros de saúde são vítimas de violência por parte de indivíduos sob influência do álcool, mas ocultam a verdadeira origem dos agravos que apresentam por medo de novas agressões devido à

denúncia, para evitar a intervenção das autoridades policiais e judiciais ou, simplesmente, por receio de uma eventual desagregação familiar quando se trata de violência doméstica (PECPLA, 2015).

A utilização dos meios complementares de diagnóstico cada vez mais sofisticados e de custos elevados é outro fator que contribui para o aumento dos gastos, num país onde a prestação de cuidados de saúde é tendencialmente gratuito. As vítimas de acidentes de viação provocados por condutores sob a influência do álcool é outro contingente que contribui para o aumento dos gastos, sobretudo quando a gravidade das lesões determina a transferência da vítima de uma estrutura para outra mais diferenciada e com maior capacidade de resposta, ou ainda, nos casos em que a resposta nacional é insuficiente, a evacuação para o exterior (PNS, 2015).

Os gastos para a recuperação da saúde das vítimas do consumo nocivo do álcool muitas vezes prosseguem para além da fase aguda do evento, pois eventuais sequelas podem tornar as vítimas em clientes dos serviços de saúde para o resto da vida e, algumas delas, representam gastos exorbitantes devido aos recursos necessários para a sua recuperação ou manutenção da vida (B.O. C.V- 18 abril 2016).

Os internamentos relacionados com o consumo do álcool no Hospital Psiquiátrico da Trindade, têm representado, nos últimos anos, mais de um terço dos doentes aí hospitalizados. Na Delegacia de Saúde de Santa Cruz registou-se no I semestre de 2012, uma taxa de 13% de internamentos por alcoolismo em relação ao total dos internamentos (MS, 2012-2016).

Em 2015, 9% do total de internamentos ocorridos no Hospital Regional João Moraes foi devido a problemas relacionados com o álcool e, em 2016, foi de 11% (Fonte: HJM). Além disso, os serviços de urgência dos diferentes hospitais do país também atendem um grande número de pessoas intoxicadas pelo álcool, assim como as vítimas de seus actos de diversas formas: agressão, violência doméstica, acidentes de viação, abuso de menores, vandalismos contra a propriedade pública e privada (MSCV, 2012-2016).

1.1.5. Implicações sociais e familiares do uso abusivo do álcool

Ao debruçar sobre o estudo do uso abusivo do álcool em Cabo Verde, notámos as investigações levado a cabo por diversos autores e em muitos países do mundo, a percepção é de que, apesar dos malefícios causados, o álcool sempre foi bem aceite, incentivado e com uma larga tolerância no que tange a publicidade.

Achamos oportuno analisar as implicações sociais e familiares, visto serem o alvo de procura de ajuda, mormente quando existe uma vivência prolongada de Problemas Ligados ao

Álcool, nomeadamente nos aspetos da saúde, das relações interpessoais ou de problemas financeiros, geralmente depois de algumas tentativas mal sucedidas de resolver o problema por si mesmo.

- **Na família**

Quando o assunto envolve álcool e família requer um cuidado especial devido a fragilidade que existe na união dos membros causada pelo distanciamento emocional do dependente. Isso caracteriza a destruição do lar, onde a família por não saber lidar com a situação ignora o alcoólatra, ou até mesmo, se torna vítima da violência. Nestas situações, os cuidados devem estar voltados, não somente para o alcoólatra, mas para toda a família (Sena *et al*, 2011).

Para além do sofrimento físico e psíquico que o alcoolismo causa ao próprio indivíduo, na família e no lar, existem graves repercussões, desde as privações materiais de toda a ordem às incompreensões, discussões, maus tratos, miséria, doença. Quando o alcoólico é chefe de família, são arrastados na sua doença, todos os componentes da mesma, o que se pode designar como uma verdadeira doença no lar alcoólico.

Os filhos de alcoólicos são crianças vítimas diretas e indiretas do alcoolismo dos pais, isto é, eles sofrem, mais ainda do que qualquer criança, os efeitos tóxicos do álcool, são vítimas de maus tratos e miséria a que ficam sujeitos e, enfim, de todo um mau ambiente familiar que por tão pobre em amor e segurança, tão rico se torna em perturbações da saúde física e mental da criança. Neste contexto a família é vista como fragmentada, deteriorada, apresentando crises existenciais frequentes, convivendo com a infelicidade, a ansiedade, o sentimento de impotência diante da situação vivenciada, além de seus membros terem uma grande probabilidade de sofrer com a violência doméstica.

Para Sena *et al*, (2011), está posto que o cuidado deve estar voltado não somente para o alcoolista, mas para toda sua família, e para outros, inseridos no contexto quotidiano da pessoa. Porém, o que se observa, hoje, é que a família é vista apenas como coadjuvante no tratamento do membro alcoolista e não, como entidade que necessita de cuidados, tanto quanto ele. Na verdade, os familiares que cuidam ou lidam com alcoólatras estão constantemente em estado de alerta, pois nunca sabem qual a reação do alcoólatra diante de determinado problema.

Na ótica de Pena e Gonçalves (2010), esses familiares experimentam sentimentos de medo, confusão, raiva e culpa, decorrentes do comportamento imprevisível da pessoa alcoolista. As famílias chegam mesmo a apresentar padrões desajustados de comportamentos, manifestações agressivas e dificuldade para conseguir soluções efetivas frente aos problemas

do quotidiano, aumentando os níveis de tensão e conflito entre os membros. A comunicação é prejudicada e as falas são hostis e negativas.

Nesta perspectiva o (B.O.C.V- 18 ABRIL 2016), diz o seguinte:

“O consumo nocivo tem uma relação direta com o empobrecimento da família que se torna progressivamente mais vulnerável devido à redução da renda e exposição cada vez maior a fatores de risco de contrair doenças ou agravar as situações de morbilidade crónica já existentes. A desestruturação familiar com abandono do lar por qualquer dos progenitores complica ainda mais a situação dos filhos. É nestas circunstâncias que as crianças e adolescentes passam a viver na rua e começam a consumir bebidas alcoólicas. Como forma de sobrevivência começam a praticar atos de delinquência a prostituição”.

- **No trabalho e na sociedade**

O álcool é também um importante factor de deterioração dos meios laboral e social: uma abordagem de Mello, (2015, p.30), diz que o homem adulto passa um terço do seu dia no trabalho. Não será pois de admirar que, em relação ao indivíduo alcoólico, o seu ambiente de trabalho e as suas próprias tarefas sejam perturbadas por este mal que é o alcoolismo. Quer pelas dificuldades de convívio e contacto que lhe são próprias, quer pela sua perda de rendimento, de capacidades intelectuais e físicas, um maior número de faltas, de acidentes, de doenças, com envelhecimento precoce, pensões de invalidez e reformas prematuras.

Desempenhando um papel importante como fator de criminalidade e delinquência, o álcool estende também à sociedade em geral, os seus efeitos prejudiciais – discussões, desacatos e agressões, delitos sexuais, homicídios, roubos, incêndios (PECPLA, p. 17). Verifica-se então, que o absentismo no meio laboral devido ao consumo do álcool é elevado e interfere negativamente no desempenho profissional com reflexo imediato na competitividade e produtividade da empresa ou serviço (PECPLA, p. 30).

Além disso, o fracasso que o álcool ocasiona ao indivíduo deixa-o impossibilitado de realizar seu papel na sociedade, seja no ambiente familiar, no trabalho, na vida financeira e no trânsito, tornando-se trágico, não somente para o dependente, mas para todos os que vivem a seu redor. As complicações podem acontecer desde o primeiro contato com a bebida, causando ressaca, a uso frequente, sendo um dos principais motivos de perda do emprego (Reis, *et al*, 2014). Todos estes aspectos representam, obviamente, consideráveis encargos económicos no orçamento da nação.

1.1.6. Política de combate ao consumo de álcool

A legislação cabo-verdiana abarca diversos aspetos do vasto leque de problemas resultantes do consumo perigoso de bebidas alcoólicas, nomeadamente, a proteção de crianças e adolescentes interditando o consumo por menores de 18 anos, a segurança rodoviária estabelecendo limites de consumo pelos condutores e definindo métodos de controlo, o Código de Publicidade que interdita parcialmente a publicidade de bebidas alcoólicas.

Infelizmente, apesar deste esforço legislativo grande, parte dessas leis não constitui obstáculo ao consumo, devido a inexistência de fiscalização rigorosa, o que esvazia o seu objetivo e expõe ainda mais a sociedade aos malefícios do consumo do álcool.

Quanto a legislação é-nos apresentado através do Boletim Oficial de Cabo verde, (2015) o seguinte:

- A **Lei n.º 27/V/97**, de 23 de Junho, interdita a venda de bebidas alcoólicas a menores e a publicidade de bebidas alcoólicas em algumas situações.
- A **Lei n.º 8/V/96**, de 11 de Novembro, que proíbe a condução de veículos com ou sem interdição motor, em via pública ou equiparada, por indivíduos sob a influência do álcool, foi alterada pela **Lei n.º 59/VII/2010**, de 19 de Abril, passando a ser mais exigente e refletindo melhor a grande preocupação que constitui a condução sob efeito do álcool.
- **Resolução n.º 15/2005**, de 25 de Abril, que cria, junto da Direção Geral da Saúde, a Comissão Interministerial de Luta contra o Alcoolismo, que tem por missão fazer um levantamento exaustivo da situação do alcoolismo em Cabo Verde e ainda, elaborar uma proposta de Plano Nacional de Luta contra o Alcoolismo a submeter à apreciação do Governo.
- O **Decreto-Lei n.º 11/2015**, de 12 de Fevereiro, que estabelece o regime jurídico geral da produção da aguardente de cana-de-açúcar em Cabo Verde.

Constatou-se também, que a aprovação e publicação do Decreto-Lei não foi pacífica tendo sido contestada em mais de uma ocasião até ser aprovado em Conselho de Ministros, em 20 de novembro de 2014, promulgado pelo Presidente da República, em 5 de fevereiro de 2015, publicado em 12 de fevereiro de 2015 e, finalmente, entrado em vigor, em 12 de agosto de 2015.

Este Decreto-Lei estabelece as condições necessárias para a instalação, alteração substancial e exploração de estabelecimentos ou unidades de produção da aguardente de cana-de-açúcar, condicionando o exercício da atividade ao licenciamento industrial, após a obtenção prévia do licenciamento sanitário. O exercício da atividade de produção da aguardente da cana-de-açúcar fica doravante sujeita à fiscalização da IGAE, o que poderá ter repercussão direta na qualidade da produção uma vez que o grogue passará a ser fabricado em

unidades de produção que cumprem os requisitos técnicos e apresentem as condições sanitárias previstas na lei (B.O.C.V- 18 abril 2016).

1.1.7. A enfermagem e o consumo abusivo do álcool

A enfermagem exerce papel fundamental oferecendo intervenções e cuidados qualquer que seja a área do ser humano afectada, norteadas pelas teorias de enfermagem. Aliás, essas teorias surgiram com a finalidade de orientar as ações de enfermagem. Para várias teóricas, a saúde e sua consecução é um conceito central e uma meta da prática da enfermagem, e o enfermeiro pode determinar o nível de saúde do utente em qualquer ponto do *continuum* saúde-doença.

Essa situação reflete a mesma encontrada em Rogers, que realça “a totalidade da experiência e existência”. “Este modelo é relevante para o sistema de cuidados de saúde onde o *continuum* de cuidados de saúde é mais importante do que a hospitalização e a doença episódica. Para ela a prática profissional da enfermagem é criativa e imaginária e existe para servir as pessoas” (Gunther, 2004, p. 254).

O cuidado de enfermagem aos usuários de álcool também pode ser oferecido mantendo-se a ideia de *continuum* na sua prática, incluindo atividades terapêuticas, assim como a intervenção primária (orientações breves e objetivas), avaliação do estado de saúde e diagnóstico das necessidades afectadas, a prevenção de recaídas, intervenção breve, aconselhamentos com objetivo e, por exemplo, o direccionamento do usuário para a abstinência do álcool (Pillon & Mav, 2004).

No contexto do nosso tema, abordaremos a teoria preconizada por Peplau, que descreve a enfermagem como um processo interpessoal, significativo e terapêutico. Funciona em cooperação com outros processos humanos que tornam a saúde possível para os indivíduos nas comunidades.

Mas sabemos também que antes de Peplau a prática da enfermagem envolvia ação sobre, para e pelo doente. O doente era considerado objeto da ação de enfermagem e as enfermeiras deviam agir para e pelo doente. O trabalho de Peplau renovou para sempre o carácter do enfermeiro ao conceptualizar o doente como parceiro no processo de enfermagem (Cherie & Howk, 2004).

Este modelo permite ao nosso utente ser o foco central da atenção e obtêm uma parte ativa no processo de tratamento e reabilitação e é o que alvitramos neste trabalho. Assim, ambos enfermeira e utente são capazes de trabalhar o crescimento e o desenvolvimento pessoal. Neste modelo é descrito seis papéis de enfermagem que surgem nas diversas fases da

relação enfermeira-paciente: papel de estranha, de pessoa de recurso, de líder, de professora, de substituta, de conselheira.

Aqui importa sublinhar que Peplau “acredita que o aconselhamento tem mais ênfase na enfermagem psiquiátrica. Funciona pela forma como as enfermeiras respondem aos pedidos dos doentes... o propósito das técnicas interpessoais é ajudar o doente a lembrar e compreender o que lhe está acontecendo no momento actual de modo que a experiência possa ser integrada em vez de ser dissociada de outros problemas de vida” (Tomey & Alligood p. 428).

Para Tweed (1989), citado por (Pillon, 2000, p. 31), “as enfermeiras em todas as áreas de atuação estão numa posição privilegiada para identificar os pacientes alcoólicos, podendo desempenhar papel fundamental na área de dependência química; também são facilitadoras no processo de mudança do indivíduo em direção a uma melhor compreensão da sua doença, prevenindo assim possíveis recaídas.”

Vargas e Labate, (2006, p. 50), referem que:

“O enfermeiro é um dos profissionais mais adequados ao tratamento das doenças mentais e particularmente o alcoolismo, sendo que suas atitudes têm um grande impacto na relação com o paciente e consequentemente nos resultados do tratamento. Por ser o enfermeiro o profissional que tem o maior contato com o utente alcoolista durante a internação, o relacionamento entre eles deve favorecer a construção de um ambiente que possa influenciar a decisão do paciente em facilitar o tratamento”.

Por outro lado, sabemos que os princípios básicos para a assistência aos usuários de álcool e outras drogas, não se diferenciam das demais áreas da enfermagem, há necessidade de se promover a aliança terapêutica através de um ambiente acolhedor, da empatia (fundamental para a motivação), conduzindo ao relacionamento interpessoal, garantindo ao indivíduo assistência integral e contínua e contribuindo para a competência coletiva do trabalho da equipa.

É particularmente importante boa comunicação e o trabalho cooperativo. O utente deve ser entendido e abordado sob a ótica da totalidade numa perspectiva holística (a chave da intervenção terapêutica) que tem como foco principal o ser humano na compreensão e tratamento do problema ou desconforto (Camata *et al*, 2000).

Neste sentido a percepção que o enfermeiro tem do utente é o principal determinante da qualidade, bem como da quantidade do cuidado de enfermagem que será prestado. Quando o enfermeiro possui uma atitude negativa, o utente pode, em contrapartida, desenvolver uma postura hostil ou contra-terapêutica (Vargas & Labate, 2006).

A partir das teorias e falas apresentadas, verifica-se que a enfermagem tem um papel importantíssimo nos cuidados de saúde. Entretanto segundo Pillon e Luis, (2004), não existe apenas um modelo a seguir para o planeamento de cuidados de enfermagem na área da dependência química. A assistência ao usuário é uma prática complexa e, frequentemente, o profissional pode avaliar o seu utente sob o olhar de mais de um modelo ao mesmo tempo, de acordo com as necessidades de repostas aos problemas de saúde.

1.1.8. Diagnósticos e intervenções de enfermagem

Sabemos que os diagnósticos e as intervenções de enfermagem são elementos norteadores da qualidade do serviço prestado aos utentes numa visão holística. Dentro desta ótica, apoiaremos nos diagnósticos de enfermagem segundo a Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem (CIPE).

A CIPE apoia a missão do Conselho Internacional de Enfermagem de promover a enfermagem e a saúde em todo o mundo, ao facultar uma linguagem unificada de enfermagem para a documentação do ponto de vista de prestação de cuidados. A aceitação e uso da CIPE tornaram-se mais alargados. Em 2008, a OMS reconheceu a CIPE como membro (uma classificação relacionada) da família de classificações internacionais da OMS, reconhecendo que uma terminologia para o domínio da enfermagem é essencial para a documentação dos cuidados de saúde (CIPE, versão 2, 2011).

Em conformidade com a CIPE “para a articulação da prática da enfermagem é crucial uma terminologia que utilize a tecnologia científica mais moderna para a sua manutenção e desenvolvimento que envolve a prática a nível mundial na investigação e aplicação clínica” (CIPE, versão 2, 2011).

- **Diagnósticos de enfermagem:** “designação atribuída pelos enfermeiros à decisão sobre um fenómeno que representa o foco das intervenções de enfermagem. Um diagnóstico de enfermagem é composto por conceitos contidos nos eixos da Classificação dos Fenómenos” (CIPE, versão 2, 2011).

- **Intervenções de enfermagem:** “acção realizada em resposta a um diagnóstico de enfermagem com a finalidade de produzir um resultado de enfermagem. Uma intervenção de enfermagem é composta por conceitos contidos nos eixos da Classificação das Acções” (CIPE, versão 2, 2011). Comtemplaremos neste trabalho dois pontos importantes do diagnóstico segundo CIPE: o foco que é a área de atenção relevante para a enfermagem e o juízo que por sua vez é a opinião clínica ou determinação relativamente ao foco da prática de enfermagem.

Quadro 1- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE (versão 2)

Diagnóstico			
Código Cipe	Foco	Código Cipe	Juízo
10002137	Abuso de álcool	10000420	Actual/Dependência/Grave
10002035	Agitação	10009007	Elevado
10008635	Alucinações	10017252	Potencial Risco
10002429	Ansiedade	10000420	Actual
10011472	Baixa autoestima	10011438	Diminuído
10012668	Comportamento Ali. comprometido	10011438	Diminuído
10017707	Comportamento autodestrutivo	10015007	Risco
10007577	Crise familiar	10012938	Risco / Comprometido
10008920	Desamparo	10026713	Dependência
10009202	Hiperactividade	10017252	Potencial Risco
10009758	Ilusão	10015547	Presença
10010330	Insónia	10017252	Potencial Risco
10018389	Isolamento social	10015007	Risco
10013248	Não adesão	10017252	Potencial de risco
10005946	Necessidade diatética	10011438	Diminuído
10007605	Papel de membro da família	10011438	Diminuído/Risco
10014052	Parentalidade	10010519	Interrompido
10011417	Solidão	10015007	Risco
10019310	Suspeita	10012938	Comprometido

1.1.9. Tratamento farmacológico (vigilância da enfermagem)

O tratamento farmacológico em qualquer situação de morbidade é um imperativo, e no caso do uso abusivo do álcool o procedimento é o mesmo. Este tratamento é feito particularmente na fase aguda e tem como objetivo tratar os utentes como forma de os fazer reintegrarem na sociedade.

Para o nosso caso, Pillon e Mav (2004), falam de dois elementos no tratamento: os procedimentos terapêuticos visando prevenir a cronificação dos problemas e o processo terapêutico em si que envolve o ambiente e o contexto interpessoal em que os procedimentos são realizados para a obtenção do sucesso. O tratamento do alcoolismo é então uma combinação de procedimentos e processos terapêuticos que interagem de forma complexa ao longo de um *continuum*.

O tratamento farmacológico depende do diagnóstico e neste ponto tendo em conta a nossa temática, abordaremos o tratamento para a intoxicação alcoólica e a abstinência alcoólica que segundo Laranjeira, (2006), são os dois quadros mais presentes nos utentes com uso abusivo de álcool que ainda não evoluíram para a dependência.

- **Intoxicação alcoólica**

O início depende da tolerância do indivíduo, da quantidade ingerida e da absorção. O tratamento pode acontecer no ambulatório e consiste em proporcionar tempo para a metabolização do álcool e, um ambiente com proteção resolve a maioria dos casos.

- **Abstinência alcoólica**

Nos casos de abstinência leve e mesmo moderada, o tratamento geral é eficaz. Muitos pacientes param de beber sem tratamento e toleram bem o desconforto da abstinência. Além disso, vários estudos mostraram que os cuidados gerais são efetivos em 70% dos casos leves e moderados. O princípio da terapia farmacológica é aliviar o desconforto e prevenir as complicações mais graves, como as convulsões e o *delirium tremens* (Laranjeira, 1996).

- Ambulatório: diazepam 10-20mg, quatro vezes ao dia com diminuição progressiva ao longo da semana com visitas diárias para avaliação clínica.

- Hospitalar: diazepam 20mg a cada hora até a sedação leve. Na maioria dos casos não são necessárias doses extras. Pode-se suplementar a dose, se necessário, após avaliação clínica.

- Tiamina 100mg oral quatro vezes ao dia, ácido fólico 1mg oral quatro vezes ao dia, complexo multivitamínico oral uma vez ao dia, sulfato de magnésio um grama

intramuscular a cada seis horas por dois dias, se houver convulsões seguidas por abstinência (Laranjeira, 2006).

Sabemos ainda que o tratamento farmacológico não dará grandes resultados senão houver envolvimento da vida familiar, profissional e social do utente, nesta primeira fase do tratamento para que a terapia que virá em seguida seja assumido, já que o tratamento do uso abusivo do álcool envolve intervenções complexas.

O tipo e duração do tratamento varia em função do grau de dependência e do estado de saúde geral do utente. O tratamento farmacológico tem sua importância na fase inicial, durante o internamento ou período de desintoxicação para prevenir a síndrome de abstinência e recuperação física do doente. Porém, deverá ser complementado com outros tipos de intervenções, tendo em conta que o alcoolismo é uma doença que não tem cura e sim, tratamento.

Ao longo do tratamento ambulatorio, a psicoterapia individual e terapia em grupo tem demonstrado bons resultados, principalmente nas trocas de experiências, compartilha de conhecimento e procura de apoio em momentos difíceis, como constatámos nos utentes estudados. Contudo, as terapias familiares e intervenções comunitárias são de extrema importância dada a complexidade da doença.

1.2. Seguimento Ambulatório

O seguimento dos utentes com problemas relacionados com o uso abusivo do álcool é uma constante nos serviços de saúde especialmente para os profissionais que desenvolvem ações neste contexto. Como um problema de saúde complexo, há a compreensão de que a abordagem deve ser multidisciplinar envolvendo a atuação de vários profissionais que contemplam a diversidade dos fatores envolvidos (Luís, 2000).

1.2.1. Papel do enfermeiro

Valorizando e utilizando o cuidado de enfermagem para promoção da saúde, o enfermeiro poderia transformar a realidade da própria enfermagem, resgatando, desta forma, as condições existentes para se desenvolver um modelo de trabalho de enfermagem autônomo e de maior impacto nos campos de promoção da saúde e prevenção de enfermidades. (Miranda, Azevedo, Santos, Macedo & Medeiros, 2007). Nesse sentido, o papel da enfermagem é de fundamental importância para oferecer apoio instrumental e emocional aos utentes e suas famílias.

Segundo Pillon (2000), o tratamento ambulatorio e o seguimento têm o objetivo de oferecer informações claras e motivar a busca de um tratamento direcionado aos problemas. Neste sentido a enfermeira exerce papel fundamental, podendo quebrar crenças e preconceitos, superando sua própria negação com relação ao tratamento.

Sabemos que para cada indivíduo que sofre por problemas do álcool, existe pessoas sofrendo os efeitos da doença a começar pela família que é o primeiro a sofrer as consequências, ampliando-se para as relações sociais, económica, cultural, intelectual, emocional e biológica. Rossato e Zuse (2000, p.128), referem que “o impacto na família se manifesta principalmente pela estrutura e desorganização das relações interpessoais com prejuízo no desenvolvimento das pessoas, da qualidade de vida e saúde dos que convivem com o problema.”

Partindo do pressuposto de que o álcool é uma droga tolerada e incentivado pela sociedade e tem uma ampla aceitação cultural, pensamos que o papel da enfermagem na promoção e prevenção da saúde deve incluir os fatores culturais no sentido de orientar os usuários, mais cabalmente para enfrentarem este flagelo em qualquer situação onde impera mais a questão cultural como o caso das festas, nascimentos, mortes, atos religiosos etc.

Recorremos uma vez mais as teorias de enfermagem e desta feita a de Leininger que é a fundadora da enfermagem e líder na enfermagem transcultural e na teoria do cuidar humano. Ela diz-nos que o cuidado é a essência da enfermagem e este deve ser adequado as necessidades das pessoas atendidas. Assim, pensando no seguimento dos nossos utentes, entendemos ser possível ajudá-los a tomar decisões e praticar ações de cuidados condizentes como o sistema do cuidado cultural (Tomey & Alligood, 2004).

Entretanto, constatámos que o tratamento dos dependentes do álcool faz-se em regime de internamento e resume-se praticamente à desintoxicação, uma vez que após a alta

poucos são os que continuam sendo acompanhados, motivo por que é elevada a taxa de recaídas. O documento (PECPLA 2015, p. 52) salienta ainda que:

“O processo de acompanhamento e, sobretudo, de inserção do dependente de álcool após a alta da estrutura de saúde não tem sido desenvolvido da forma mais adequada devido às grandes restrições do mercado de trabalho, estigmatização das pessoas com dependência alcoólica mesmo na fase de abstinência e falta de habilidades e competências, tanto dos profissionais como dos familiares e empregadores para o monitoramento da situação.”

Por outro lado, a carência extrema de profissionais com perfil e competência para trabalhar na comunidade nessa matéria é uma situação que condiciona a qualidade do trabalho e dificulta a recuperação e reinserção do dependente na família e na sociedade. Mesmo assim, tendo em conta a população alvo do nosso trabalho de investigação passamos a apresentar as intervenções de psicologia quanto ao seguimento dos utentes do Hospital João Morais, após a alta.

1.2.2. Intervenção Psicológica no consumo de álcool

Sabemos que o sofrimento psíquico faz parte do contexto de vida, do utente usuário do álcool e assim, torna-se necessário uma intervenção psicológica para acompanhar o tratamento dessas pessoas atendendo aos diversificados aspectos que envolvem a vida. É indispensável o acompanhamento psicoterapêutico do alcoólatra. Discutir com o utente as causas que o levaram ao alcoolismo, estabelecer estratégias e objetivos são essenciais para um tratamento eficaz e para a manutenção da abstinência (Heckmann & Silveira, 2009).

Diehl, Cordeiro e Laranjeira, (2011), referem que existem aspectos relevantes na avaliação inicial do usuário de bebidas alcoólicas em relação ao consumo. Deve-se elucidar o padrão de consumo, observar o ritual e, se o diagnóstico for uso problemático ou dependente, propor, no momento da avaliação, mudanças do consumo e início de um tratamento especializado, através do seguimento.

Para Figlie, Bordin e Laranjeira (2004), o termo "prevenção de recaída" refere-se a uma ampla variedade de técnicas, quase todas cognitivas ou comportamentais. As habilidades comportamentais envolvem ensinar o paciente a moderar ou controlar o comportamento, uma vez que este ocorra. No entender de Calafat e Munar, (1999), citado por Dias e Precioso, (2014) os comportamentos têm consequências sobre a saúde, pelo que a adoção de condutas adequadas, de modo a promover e a conservar a saúde, pode conseguir-se através da Educação para a Saúde e, particularmente, através da educação sobre o álcool e outras drogas.

Nesta etapa, um programa de prevenção mais completo requer a intervenção de uma equipa multidisciplinar para que o utente seja atendido de forma holística, de modo a aumentar a sua capacidade de autonomia e independência. Daí que, o papel de cada um na prevenção, tratamento e reabilitação, no que se refere ao uso abusivo do álcool, começa pela cooperação. Não adianta pensar em uma ação sem entender o que já está sendo feito na estrutura de saúde, ou mesmo na comunidade, quais os potenciais apoiadores da causa e com quem é possível se associar nesta empreitada.

A prevenção, o tratamento, a reabilitação e as políticas públicas, são categorias que devem ser articuladas entre si. Na nossa ótica, não é possível pensar na prevenção sem falar de políticas públicas ou de fazer valer as leis existentes. O acesso ao tratamento de qualidade poderá ser garantido através da articulação e formação de redes de apoio entre todas as instituições que atuam nesta área, incluindo a família.

Também aqui, o papel da enfermagem é de fundamental importância e uma das estratégias que pode ser utilizada pelo enfermeiro neste processo é o aconselhamento buscando fornecer ao utente conselhos diretos que promovam reflexões e mudanças de comportamento. Algumas vezes resumem-se a orientações específicas e, em outras, são necessárias indicações como a redução do consumo (...) e até sugestões como a indicação de abstinência total (Pillon & Mav, 2004).

CAPÍTULO II- FASE METODOLÓGICA

2. FASE METODOLÓGICA

Sendo a metodologia uma das formas de se fazer ciência, assumimos neste trabalho de cariz científico, cuidar dos procedimentos e detalhes que nos conduzirão a respostas credíveis em consonância com os objetivos traçados no âmbito desta temática. Uma investigação pode ser definida como sendo o melhor processo de chegar a soluções fiáveis para problemas identificados, através de um acompanhamento cuidado no campo.

2.1. Tipo de Estudo

A pesquisa relatada neste trabalho caracterizou-se como um estudo, qualitativo, exploratório, fenomenológico e descritivo. É qualitativo porque a finalidade é observar e analisar os comportamentos, as atitudes, os valores e princípios que estarão por detrás do uso abusivo do álcool, e documentá-las. Este tipo de pesquisa valoriza o contato com o ambiente e a situação em estudo. É do tipo exploratório, porque geralmente parte-se de uma situação de pouco ou nenhum conhecimento, chega-se depois a um conhecimento qualitativo e autêntico do assunto em pauta.

É fenomenológico porque permite ao entrelaçamento entre o sentimento e a reflexão, e descritivo porque foi obtido através da entrevista semiestruturada previamente preparada, desempenhando um papel fundamental tanto no processo de obtenção dos dados quanto na disseminação dos resultados. As informações coletadas aparecem sob a forma de transcrições de entrevistas, visando a compreensão ampla do fenómeno que está sendo estudado. Considera-se que todos os dados da realidade são importantes e devem ser examinados.

2.2. Instrumento de Recolha de Informações

Qualquer trabalho de investigação pressupõe a seleção e utilização de métodos e técnicas de recolha de informações necessárias para a corporificação do mesmo. Tratando-se de uma temática pertinente da nossa atualidade e vastamente complexa requer uma maior atenção na sua análise de modo a ser coerente.

O método e instrumento de recolha de informações indicado para este tipo de estudo é a entrevista semiestruturada, pois achamos ser o mais adequado ao tipo de estudo. O guião é constituído por vinte e uma (21) perguntas sendo doze (12) abertas, cinco (5) semiabertas, quatro (4) fechadas e ainda por um item com dados necessários à caracterização sociodemográfica.

As informações foram recolhidas pela própria investigadora, no mês de abril de 2017, no período de 15 dias, no local de seguimento, através da utilização de um guião de

entrevista (Apêndice I). As entrevistas foram realizadas pessoalmente no serviço de psicologia, tendo como sujeitos de pesquisa os utentes que fazem seguimento no grupo após a alta hospitalar, totalizando uma população de nove (9) indivíduos, tendo uma duração compreendida entre sete (7) a dez (10) minutos, cada.

Antes da aplicação das entrevistas foi realizado um encontro informal para uma primeira abordagem com o grupo de ajuda mútua em seguimento e, logo a seguir foi aplicado um pré-teste do guião a 4 enfermeiros no hospital João Morais, incluindo um enfermeiro do serviço de saúde mental, para que o lessem de modo a validar se o mesmo estava perceptível e coerente com os objetivos pré-definidos. A entrevista foi gravada em áudio e a transcrição foi feita em português, respeitando fielmente as respostas dos entrevistados procurando assegurar a fiabilidade do estudo através dos instrumentos de colheita de informações.

Esta é a técnica mais pertinente quando queremos obter informações a respeito do objeto, que permitam conhecer sobre atitudes, sentimentos e valores subjacentes ao comportamento, e é isto que queremos avaliar no nosso trabalho. A revisão bibliográfica das obras concernentes a temática em análise nos proporcionou princípios teóricos ajudando-nos assim na elaboração da fundamentação e interpretação dos conteúdos recolhidos.

2.3. População Alvo

A população alvo são os utentes atendidos no Hospital João Morais com seguimento no serviço de psicologia, o que corresponde a um total de nove (9) indivíduos, sendo todos do sexo masculino, tendo em consideração os seguintes critérios de inclusão e de exclusão:

Critérios de inclusão

- Ser seguido no grupo de interajuda no serviço de psicologia do Hospital João Morais;
- Ter maior idade (≥ 18 anos);
- Vontade expressa de participar por livre espontânea vontade;

Critérios de exclusão

- Doença incapacitante que interfira na capacidade de ler, compreender e responder as perguntas.

2.4. Campo Empírico

O hospital João Morais é regional, localizado na Cidade da Ribeira Grande. Foi construído em 1995 e entrou em funcionamento no dia 01 de Novembro 1995. É uma estrutura com capacidade para sessenta e cinco leitos distribuídos pelas valências: Medicina (vinte e quatro), Pediatria (doze), Cirurgia (nove), Maternidade (doze) e Saúde Mental (sete).

Apesar de ter vários anos de existência, as instalações físicas do serviço de Saúde Mental em Ribeira Grande só vieram a ser inauguradas em Outubro de 2008, com espaço para internamento. São atendidas nesse sector as pessoas com problemas mentais e emocionais, além de coordenação dos trabalhos de prevenção e promoção da saúde nessa área.

O serviço conta com uma equipa formada por 1 psiquiatra, 2 psicólogas, 4 enfermeiros e 4 ajudantes de serviços gerais. O espaço físico do ambulatório compreende a recepção, 2 consultórios, uma sala de reunião (onde realiza-se os grupos). Em relação a enfermaria, tem 2 quartos de internamentos (um para as mulheres outro para os homens), 3 banheiros, um refeitório, uma sala de terapia ocupacional, consultório do psiquiatra e a sala de enfermagem.

Em relação ao alcoolismo, a equipa tem vindo a oferecer aos usuários atendimento em situações de sofrimento psíquico e transtorno mental ligados ao consumo, e também trabalhando na prevenção do uso abusivo tanto nas comunidades como com as famílias. Trabalha-se de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde, mas normalmente a abordagem mais utilizada pelas psicólogas, principalmente no início é a terapia comportamental, para trabalhar a compulsão.

Habitualmente as demandas são de origens espontâneas e outras vezes, por encaminhamento de outros profissionais. Logo à chegada os utentes que não foram seguidos nos internamentos são atendidos pelas psicólogas que após o acolhimento e a avaliação psicológica preparam-nos para os grupos (quinzenalmente), sem prejuízo de continuarem os atendimentos individuais para a prevenção de recaídas.

É de realçar o papel dos enfermeiros dos postos sanitários, que seguem os utentes nas suas comunidades, além dos atendimentos da psicóloga nos postos sanitários e unidades sanitárias de base, seguindo uma agenda previamente acertada com a equipa da delegacia que faz as deslocações.

2.5. Procedimentos Éticos Durante a Investigação

Qualquer trabalho de pesquisa realizada junto do ser humano implica questões éticas e morais, e estas devem ser salvaguardadas para que os indivíduos sintam-se protegidos e respeitados. Para a realização desta investigação, a pesquisa foi autorizada pela diretora do Hospital João Morais em resposta a um pedido de autorização (Apêndice II), acompanhado por uma declaração redigida pela coordenação do curso, atestando a veracidade dos dados e a necessidade da realização do estudo.

A participação na entrevista pressupõe o consentimento livre e esclarecido dos participantes; o consentimento foi obtido por escrito após explicação das fases da entrevista ao participante. Foi garantido desta forma, o direito de desistir a qualquer momento bem como o anonimato e a confidencialidade das fontes, sendo que em nenhum momento será divulgado. Mesmo estando no grupo, a entrevista é individual. O material das informações colhidas será utilizado exclusivamente no estudo e será destruído logo após a conclusão do estudo.

Nesse âmbito foram convidados a assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice III), e disponibilizadas todas as informações necessárias para garantir uma participação livre e autónoma. Realçamos ainda, que as entrevistas foram realizadas de forma individual e sigilosa e que também, no sentido de salvaguardar a confidencialidade dos elementos recolhidos, foi-lhes atribuído nomes fictícios com a letra H seguidos da numeração de 1 a 9 indicando a ordem da realização das entrevistas.

CAPÍTULO III - FASE EMPÍRICA

3. ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Concluída a fase de recolha de informações foi necessário efetuar a análise e a interpretação dos resultados dos mesmos, em conformidade com a metodologia empregada. Iniciámos com o registo das entrevistas e respetiva análise do conteúdo. Depois de reunido o material, procedemos ao tratamento das informações recolhidas tendo em conta o discurso dos diversos entrevistados.

Fizemos uma caracterização sociodemográfica dos entrevistados tendo em conta as seguintes variáveis: género, idade, habilitação académica e profissionais, estado civil, agregado familiar, zona de residência e tempo de seguimento no grupo. Cada entrevista foi codificada com a letra H e em número sequencial de um (1) a nove (9), o que significa que, H1 refere-se a entrevista do primeiro utente a ser entrevistado, garantido assim o anonimato.

Como podemos observar no quadro dois (2), todos os entrevistados são do género masculino. Em relação à faixa etária ela varia de vinte e oito (28) a cinquenta e quatro (54) anos. Quanto às habilitações académicas é de evidenciar que sete (7) dos utentes que compõem a amostra têm ensino primário e dois (2) são licenciados. No que se refere ao estado civil, oito (8) são solteiros e um (1) é casado. Quanto a profissão, quatro (4) estão desempregados, dois (2) são trabalhadores de lavra, dois (2) professores e um (1) servente em construção civil.

Em relação à residência, oito (8) são do concelho da Ribeira Grande e um (1) é do concelho do Paúl. Finalmente, quanto ao seguimento, este varia de quinze (15) dias a 4 anos, sendo que um (1) entrevistado começou o seguimento há quinze dias; dois (2) estão há 30 dias; um (1) há 8 meses; um (1) há um ano; um (1) há 18 meses; um (1) há dois anos e dois (2) há 4 anos.

Quadro 2 - Caracterização sociodemográfica da amostra

Utente	Idade	Género	Estado civil	Habilitações literárias	Residência	Profissão	Tempo em seguimento
H1	34	M	Solteiro	Ensino primário	Ribeira da Torre	Desempregado	30 dias
H2	46	M	Solteiro	Ensino superior	Paul	Professor	30 dias
H3	35	M	Solteiro	Ensino primário	Ponta do Sol	Desempregado	4 anos
H4	36	M	Casado	Ensino superior	Ponta do Sol	Professor	18 meses
H5	54	M	Solteiro	Ensino primário	Caibros J. Afonso	Trabalhador	4 anos
H6	28	M	Solteiro	Ensino primário	Ribeira da Torre	Desempregado	2 anos
H7	43	M	Solteiro	Ensino primário	Ribeira da Torre	Trabalhador	1 ano
H8	39	M	Solteiro	Ensino primário	Mão pra Trás	Desempregado	15 dias
H9	33	M	Solteiro	Ensino primário	Ribeira da Torre	Servente	8 meses

Quadro 3 - Categorias

Categoria I:	Subcategoria:
O seguimento do utente com uso abusivo do álcool	<ul style="list-style-type: none"> • Os motivos da procura do seguimento no serviço de psicologia • Tempo em tratamento
Categoria II:	Subcategoria:
Tipologia de consumo	<ul style="list-style-type: none"> • Idade do início do consumo do álcool • Bebida mais utilizada e outras drogas • Frequência e quantidade de álcool consumido • Situações em que recorrem ao consumo do álcool
Categoria III:	Subcategorias:
Fatores que motivam o consumo abusivo do álcool	<ul style="list-style-type: none"> • Motivos que influenciaram o consumo • Associação do álcool com algum tipo de problema • História familiar do consumo do álcool
Categoria IV:	Subcategorias:
Importância do seguimento grupal	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfação em participar no grupo • Vantagens de pertencer ao grupo • Casos de recaída enquanto membro do grupo

3.1. Análise dos Resultados

Nesta fase, analisaremos e interpretaremos os resultados deste trabalho. Daí que nos propomos agrupar as respostas de acordo com os assuntos presentes no guião de entrevista. Para auxiliar a compreensão e análise dos resultados colhidos através das entrevistas, entendemos ser pertinente organizá-las em categorias e subcategorias, identificando assim quatro categorias: Primeira categoria: **O seguimento do utente com uso abusivo do álcool**, com duas (2) subcategorias; segunda categoria: **Tipologia do consumo**, com quatro (4) subcategorias; a terceira categoria: **Fatores que motivam o consumo do álcool**, com três (3) subcategorias e por fim, a quarta categoria: **Importância do seguimento grupal**, que tem igualmente três (3) subcategorias.

Categoria 1: O seguimento do utente com uso abusivo do álcool

A primeira categoria aparece com a finalidade de analisar o seguimento que os utentes com uso abusivo do álcool fazem. Para esta análise vimos ser pertinente dividir esta categoria em duas subcategorias possibilitando assim o conhecimento concreto deste seguimento através da entrevista.

Subcategoria I: Os motivos da procura do seguimento no serviço de psicologia

Esta subcategoria define as motivações que levaram os nossos entrevistados a procurar e fazer seguimento no serviço de psicologia. O que observámos é que as motivações são as mais diversas, conforme passamos a descrever:

“O álcool me fazia muita dificuldade na cabeça, ‘via bichos’; então vim ter com a psicóloga, ela disse que devia ficar logo, porque era sinal de abstinência. Depois da alta comecei o seguimento”- H1.

Já outro entrevistado diz o seguinte:

“Como um complemento, uma ajuda a ver se ponho o álcool de parte”- H2.

“Ouvir os conselhos me ajuda a pôr de parte muita coisa que prejudica”-H6.

O nosso entrevistado **H3**, respondeu assim:

“Acho que é por ter tido tantas quedas na vida, a minha família sempre me deu boa educação, mas nunca aproveitei as coisas boas. Depois, com o tempo vi que os que cresceram comigo, os primos todos foram para curso e eu fiquei sem cursar, nem estudei. Outras coisas como problema de saúde, tinha problema do coração e com o fumo e a bebida agravou-se mais e comecei a pensar que já era hora de parar porque muitas vezes pensava que podia morrer novo e não queria”- H3.

Estes quatro revelaram o seguinte:

“Tive falta de ajuda, porque me senti tão só para combater o problema, e assim tive que recorrer a ajuda. O problema estava a ser mais forte que eu, em muitos pontos” - **H4**.

“A psicóloga me encontrou internado, falou com a minha irmã e convidou-me para o grupo” - **H5**.

“Sinto mais livre e mais a vontade e gosto de ouvir as partilhas. Por isso disponibilizo este tempo para isto” - **H7**.

“Bebida” - **H9**.

Encontrava-se pela primeira vez no grupo um utente que respondeu assim:

“Hoje é primeira vez, mas vou continuar” - **H8**.

Nesta subcategoria percebemos que os entrevistados têm consciência de que esse serviço de seguimento em grupo é uma forma de ajudá-los a superar os problemas ligados ao uso abusivo do álcool, através de partilha de informações e troca de experiência. Porém, entendemos também, que alguns dos utentes apresentam ainda pouca consciência e aceitação da sua patologia, visto que estes chegaram ao serviço porque foram encaminhados por outrem e sem vontade própria o que pode influenciar no sucesso do tratamento. Daí que pensámos ser necessário trabalhar a motivação que inclui um mais efusivo e contínuo trabalho de promoção da saúde que será uma forma de dar a conhecer as oportunidades de seguimento que temos, e que estes existem exclusivamente para o bem do utente.

Subcategoria II: Tempo em tratamento

Esta subcategoria é relativa ao tempo em tratamento, que contempla também se o tratamento é regular ou não. Constatámos que o tempo varia entre quinze (15) dias e quatro (4) anos. A maioria dos entrevistados faz tratamento regular em terapia de grupo e responderam o seguinte:

“Faço tratamento regular. Terapia de grupo e individual” – **H1, H2, H3, H4, H5, H7 e H9**.

H6 “não” e **H8** disse: *“Hoje é primeira vez, mas vou continuar”*.

Um dos entrevistados refere que procura o serviço de psicologia quando precisa, de forma individual como passamos a descrever:

“Quando tenho algum problema pessoal procuro a minha psicóloga” - **H3**.

Pelas respostas notámos que os entrevistados em geral participam regularmente no grupo, mas não que isto faça parte integrante do seu tratamento. Percebemos que alguns o consideram como forma de ocupação por não terem trabalho o que constitui um risco

acrescido para abandono do seguimento. Tendo como principal enfoque o tempo em seguimento dos utentes entrevistados percebemos que a implementação dum plano de prevenção, que contemple com maior eficácia o seguimento seria de suma importância, como parte intrínseca do tratamento e, uma abordagem mais séria do uso do álcool na atenção primária.

Devido a frequência que esses utentes acudam aos serviços de saúde, é notório perceber a concepção de alguns profissionais de saúde, de que os danos causados pelo uso indevido de álcool são uma questão de auto-responsabilidade do utente e isto torna um obstáculo para práticas de prevenção do uso de álcool e consequentemente o seguimento. O papel da enfermagem é de relevante importância, mais uma vez, num trabalho ininterrupto de educação para a saúde, onde quer que os utentes forem atendidos, já que é privilégio da enfermagem estar em todos os setores da saúde.

II – Categoria: Tipologia de consumo

Na revisão bibliográfica que fizemos desta problemática, pudemos perceber que o início do consumo de bebidas alcoólicas em idades cada vez mais precoces é um facto comprovado por diversos estudos realizados tanto a nível mundial como também em Cabo Verde. Isto veio a ser confirmado com a nossa entrevista.

• Subcategoria - I: Idade do início do consumo do álcool

Pudemos constatar na análise desta subcategoria, que um dos fatores de riscos considerados mais importantes para o uso abusivo do álcool está patente na resposta dos nossos entrevistados no que tange ao seu início muito precoce. Assim temos que dois (2) **H1** e **H3**, começaram a experimentar o álcool entre os três/quatro (3-4) anos; Um entrevistado, **H8**, teve o seu primeiro consumo aos 14 anos; outro **H6** aos 15 anos; três (3) **H2**, **H4** e **H7**, por sua vez foram aos dezasseis/dezassete (16-17) anos, e dois (2) **H5** e **H9** aos dezoito (18) anos.

A adolescência é um período marcado por mudanças biológica, psicológica, emocional e social, constitui-se um importante momento para a adoção de novas práticas, comportamentos e ganho de autonomia. Nessa fase, estimulado pelas intensas transformações, o adolescente torna-se mais vulnerável a comportamentos de risco e, o consumo de bebidas alcoólicas aparece associado a vários factores como: ambientes festivos, confraternizações, diversões e comemorações, momentos em que aumenta a sua necessidade de socialização, de se identificar com os modelos de consumo da sociedade, de estabelecer relações com colegas

e garantir a sua inserção no grupo de jovens de que passará a ser membro. Funciona também como um passaporte para a passagem ao mundo dos adultos.

Esse consumo está inserido na nossa cultura e conta, de facto, com ampla aceitação social e é valorizado em vários aspetos socioculturais. Por outro lado, a crença errónea de que a bebida alcoólica não é droga contribui para o estímulo e incentivo ao uso de álcool, não só durante a adolescência, mas em todas as faixas etárias. Neste âmbito torna-se mais urgente à aplicabilidade das leis referentes ao consumo perigoso de bebidas alcoólicas que embora abundem tornam-se letra morta. E é claro que os serviços de saúde, mormente a enfermagem têm também um papel fundamental nessa luta.

Pensamos que há necessidade de intervenções em conjunto priorizando ações interdisciplinar e intersectorial, proporcionando trabalho integrado entre os diversos sectores, envolvendo principalmente a família, tendo em conta ser o primeiro grupo de referência na vida dos adolescentes; a escola que por sua vez é o local onde ocorre a formação, desenvolvimento e aquisição de novos comportamentos; a comunidade em geral com acções de prevenção e promoção de estilo de vida saudável.

• Subcategoria - II: Bebida mais utilizada e outras drogas

Definimos esta subcategoria como forma de identificarmos a bebida alcoólica mais consumida pelos nossos utentes, e termos assim ferramentas concretas para o seu combate. Com as pesquisas bibliográficas pudemos saber que o grogue é considerado a principal bebida alcoólica destilada produzida em Cabo Verde, sendo a ilha de Santo Antão o espaço geográfico que ocupa o lugar cimeiro na sua produção. Em relação à questão colocada aos entrevistados constatámos que a totalidade da população entrevistada bebe mais é o grogue (aguardente) – **H1; H2; H3; H4; H5; H6; H7; H8; H9**.

Quanto a outras drogas ilícitas dois (2) dos entrevistados revelaram ter consumido outras drogas, conforme o relato a seguir:

“Sim. Axs, cannabis, padjinha, pedra de cocaína, e outros que o pessoal inventava com muito exagero, porque quando se está no vício sempre se inventa” – **H3;**

“Sim. Padjinha” – **H7.**

O que constatámos aqui é que apesar dos entrevistados terem a noção das implicações negativas do álcool na saúde, continuam a consumir em quantidades elevadas, já que o destilado é conseguido a baixo preço e, por isso, é altamente consumido. Segundo informações, o preço da aguardente varia de acordo com a qualidade. Os dependentes geralmente consomem o pior produto devido ao preço acessível, sabemos ainda que muitas

vezes o trabalho nos trapiches é pago com o mesmo produto, o que agrava ainda mais a situação, pessoal e familiar dos mesmos.

Na nossa ótica o controlo desta situação passaria em primeiro lugar, mais uma vez pela fiscalização, e neste sentido dar dignidade ao trabalho no que se refere a remuneração. Por outro lado, estamos conscientes de que não conseguiremos bons resultados se a luta contra esta problemática for realizada de forma individual entre as instituições e o governo de Cabo Verde. A percepção que tivemos deste ponto vai de encontro àquilo que já está confirmado, de que o grogue (aguardente) é a bebida alcoólica mais consumida pelos cabo-verdianos. Também não é de estranhar a associação do consumo de bebidas alcoólicas às outras drogas ilícitas, tendo em conta o que mostram os vários estudos. Ou seja, o consumo de bebidas alcoólicas nos adolescentes e jovens muitas vezes funciona como uma porta de entrada para as outras drogas.

Subcategoria - III: Frequência e quantidade de álcool consumido

Com o intuito de colher as informações necessárias, para a busca de soluções e tendo em conta que o problema é sério, bastante sério já que afeta as pessoas, afeta as famílias, afeta os indivíduos, afeta a sociedade, afeta a relação entre as pessoas, sendo assim um problema transversal, que é preciso entender para combater e preservar assim o futuro das novas gerações, elegemos esta subcategoria. Aqui, a maioria (6) dos entrevistados relatou que ingerem bebidas alcoólicas todos os dias,

“Todos os dias bebia” **H1; H2; H6; H7; H8; H9,**

Um entrevistado, **H3**, referiu que fumava mais do que bebia: *“Não bebia tanto. Fumava, mas do que bebia”*.

E só um respondeu não, *“não”* - **H4**.

Sobre a dosagem diária e a quantidade em cada dose, observámos que a maioria dos entrevistados revela não saber a quantidade da dosagem conforme se pode ler nas transcrições a seguir:

“Não tenho limite. Basta aparecer. Sem medida. O que aparecer” - **H1**.

“Não sei responder porque se passasse uma noite inteira na festa bebia a noite inteira” – **H3**.

“Exagerava. Não sei contar as doses. Só sei que exagerava. Ultrapassava sempre o limite. Fora do meu controlo” - **H4**.

“Não sei dizer. Não sei” - **H5**.

“Exagerava. De manhã à noite. Ultrapassava sempre o limite. Bebia 20, 20 consecutivo” - H7;

“Conforme. Quando acompanhado até um quarto. Ultrapassava sempre o limite. Principalmente com amigos” - H9.

E pelo menos um (1) entrevistado respondeu assim:

“Um cálice” -H2;

E dois contradisseram com as seguintes afirmações:

“Um quarto inteiro. Um cálice de 30 e 40 escudos” - H6.

“1 Cálice 30 escudos. Ultrapassava sempre o limite. Fora do meu controle” - H8.

Aparece aqui outra preocupação quanto a frequência e a quantidade de bebidas alcoólicas ingeridas. Mais do que serem consumidores, na sua maioria, sete (7) dos entrevistados têm um padrão de consumo “desmedido”. Neste caso pensámos que o serviço de promoção da saúde, bem como o tratamento e seguimento tornam-se mais exigentes, isto porque quando o consumo é assim sem controle há mais probabilidade de dependência. Apesar de tudo, os entrevistados reconhecem os problemas ligados ao álcool como sendo de uma grande dimensão e dizem aceitar o tratamento porque consideram descartados pela sociedade e com problemas familiares acrescidos devido ao problema.

• Subcategoria - IV: Situações em que recorrem ao consumo do álcool

Nesta subcategoria, constatámos que as situações em que os nossos utentes recorrem ao consumo do álcool são as mais variadas estando relacionada com a falta de emprego, situações familiares, laborais e outros como descrevemos a seguir:

“Às vezes digo, não tenho trabalho, deixo tomar um grogue, basta levantar cedo e tomar um, assim vai todo o dia” -H1.

“Depois que saio do trabalho, fins-de-semana” -H2.

“Quando ia cantar fora. Porque eu tinha um grupo de rep” -H3.

“Depois que a minha esposa embarcou para o estrangeiro. Cerca de 3 anos e tal. Aí fiquei sozinho e veio muitas consequências” -H4.

“Quando encontrava com um amigo, quando eu estava em condições eu pagava e vice versa. E bebíamos em conjunto” -H5.

“Quando estou com os amigos bebo muito nem me lembro de ir para casa comer, nem nada. Se estiver no meu trabalho não lembro no álcool, mas se chegar alguma amigo logo deixo tudo e vou tomar” -H6.

“Estar parado, sem nada que fazer, começa a pensar muito e dizia: deixo tomar um pinguinho para descontrair” -H7.

“Acompanhado. Bebemos muito. Sentámos e colocámos quarto a quarto no meio e secámos”-H8.

“Rega” - H9.

Pudemos observar claramente que as situações em que os utentes mais recorrem ao consumo do álcool são em momentos de lazer, por influência do meio social e muitas vezes tendem a acompanhar certos hábitos de grupos dos quais fazem parte. Concluimos que as festas e outros momentos de ‘boa companhia’ é uma forma de incentivo ao consumo de bebidas alcoólicas. É preciso educar os utentes à adoção de estilo de vida saudável. O enfermeiro é um profissional indispensável para o tratamento e recuperação do alcoólatra e suas atitudes de acolhimento e escuta podem influenciar no relacionamento com o paciente e consequentemente favorecer o tratamento.

III – Categoria: Fatores que motivam o consumo abusivo do álcool

Nesta categoria, propomos identificar e descrever os fatores que motivam o consumo abusivo de bebidas alcoólicas dos utentes atendidos no Hospital João Morais. Neste sentido pudemos comprovar o que já tínhamos constatado através da revisão bibliográfica de que o início do consumo de bebidas alcoólicas em idade cada vez mais precoce é uma realidade em Cabo Verde. Também os factores de influência vão desde as companhias de amigos, famílias, de ordem cultural, entre outros.

• Subcategoria - I: Motivos que influenciaram o consumo

Definimos então, esta subcategoria para nos ajudar a identificar os factores de influência que estão na base do consumo abusivo do álcool desde o seu início. Na conversa com os nossos entrevistados, transpareceu a questão da permissividade e do incentivo na relação socio familiar, conforme os seguintes relatos:

“Comecei a tomar em colher, meus pais davam-mo como remédio” - H1; H2; H5; H6;

“Comecei a tomar em colher, meus pais davam-mo como remédio. Ficava a espreitar onde o meu pai colocava, eu ia lá pegava e tomava. Beber de pouco, de pouco até alterar” - H1;

“Comecei a tomar em colher, meus pais davam-me como remédio. Estando com amigos, por influência” - H2;

“Junto com o meu padrinho ele mandava-me comprar um groguinho para ele e obrigava-me beber numa colher. Depois quando comecei a trabalhar, logo comecei a tomar ‘um pinguinho’. **H5**;

“Mandavam-me ir comprar, eu ia, davam-me a tampinha e ia tomando, quando cheguei aos 18 anos comecei a comprar eu mesmo” - **H6**;

Outros entrevistados afirmaram que foram influenciados por amigos e ocasiões diversas, como os seguintes relatos:

“Ia comprar a bebida para a família e metia um dedinho para provar, sabe menino é curioso”.

“Festas, amigas que bebiam” - **H3**;

“Provando pinguinhos de ponche e vinho. Daí passou para grogue. Sobretudo na altura de festas que comecei a consumir muito, como se costuma dizer em convivência, na festa” - **H4**;

“Em companhia e nas festinhas, influência. Influencia com maltas, eles tomavam, eu também tomava” - **H8**;

“Iniciei em festas com amigos” - **H9**;

E ainda o nosso entrevistado **H7**, que com muita transparência respondeu assim:

“Tinha bebida em casa, meu pai tomava, a minha mãe vendia, sempre vivemos disto. Quando sentia enfadado, tomava ‘um pinguim’. Meio rural é assim. Quando não tinha nada que fazer...”.

Ao analisarmos esta subcategoria percebemos que na família há uma exposição muito grande. O álcool torna-se assim um elemento da agenda social. O fenómeno de exemplo e brincadeira para experimentar, o conceito errado de que o álcool serve de medicação, o acesso fácil, a aceitação e até a afirmação da masculinidade e a passagem da fase de adolescência para a adulta, trazem como consequência a banalização do consumo. Investigações feitas em Cabo Verde, segundo o nosso BO, revelam que quanto mais se aborda a questão do alcoolismo como doença, mais a situação piora e o documento exorta a uma abordagem de cariz social e familiar.

• **Subcategoria - II: Associação do álcool com algum tipo de problema**

Esta subcategoria foi traçada com o objetivo de identificar problemas associado com o uso abusivo do álcool para uma resposta mais cabal possível no apoio, abrangendo deste modo não só o usuário como todos os implicados. As entrevistas trouxeram as seguintes respostas:

Para o entrevistado **H1**, a resposta foi a seguinte: *“Meu problema é só álcool”*;

Dois entrevistados não associam o uso do álcool com nenhum problema, respondendo, *“não”* - **H2** e **H6**;

Outros três entrevistados o associam com problemas familiares:

“Familiar. Isso mesmo”; **H4**; *“Sim, familiar”* - **H8** e **H9**.

Ainda dois consideram exclusivamente problemas interpessoais sem os especificar.

Portando, as respostas foram assim:

“Sim. Interpessoal” - **H5** e **H7**.

E por fim um entrevistado respondeu assim:

“Devido a minha infância difícil, minha mãe sempre teve pai de filhos que não ajudavam, batiam nela e isto me chateava um pouco” - **H3**.

Pelo que constatámos, o consumo não está ligado diretamente a um problema, mas situações diversas como familiar, interpessoal, baixa autoestima. No entanto, sabemos que as questões como o acesso devido ao baixo preço e não só, a permissividade, as questões culturais são factores que influenciam grandemente o consumo e têm consequências não só pessoais com a saúde, como familiar, laboral entre outros.

- **Subcategoria - III: História familiar do consumo do álcool**

Esta subcategoria põe em evidência a influência do meio familiar no consumo do álcool, muitas vezes há a tendência de acompanhar certos hábitos presentes no seio familiar e muitas vezes incentivado. A maioria dos entrevistados tem historial familiar de consumo como podemos verificar com as seguintes respostas:

“Pai e irmão. Mas sem influência de ninguém” - **H1** e **H2**.

“Influência de primos e tios” - **H3**

“Irmãos, mas eles não exageram. Nunca internaram, por exemplo,” - **H4** e **H8**.

“Pai e irmãos, mas não fazem uso abusivo” - **H7**.

“Pai bebia, mas pouco” - **H6** e **H9**.

“Não”. **H5**

Notámos que o fenómeno familiar ligado ao consumo do álcool é inegável na sociedade cabo-verdiana. O consumo nocivo tem uma relação direta com a história familiar dos utentes que participaram nesta entrevista. Isto torna o trabalho de prevenção e tratamento mais difícil quando pensamos que a família é uma peça-chave tanto na prevenção do uso nocivo do álcool, como em casos em que o problema já está instalado porque o usuário de álcool não aceita seu problema, tem dificuldade em reconhecer que o uso de bebidas

alcoólicas lhe traz consequências negativas ou está desmotivado para buscar ajuda. Estes resultados evidenciam a necessidade de uma política de cuidado à família, que seja capaz de incluí-la no planeamento da assistência integral à saúde, para prevenir a exposição cada vez maior a fatores de risco de contrair doenças ou agravar as situações de morbilidade crónica já existentes.

IV – Categoria: Importância do seguimento grupal

Conforme constatámos através da revisão bibliográfica realizada a este tema há uma grande carência no trabalho de prevenção da saúde. Sabemos também que os cuidados estão mais direccionados aos serviços curativos a elevado custo, negligenciando o potencial da prevenção primária e da promoção da saúde, o que diminuiria os custos, sendo um país de escassos recursos.

Os comportamentos têm consequências sobre a saúde, daí que a promoção da saúde com a adoção de condutas adequadas pode ser crucial para resgatar uma vida e com ela toda uma família, uma vez que o problema do uso abusivo do álcool nunca é só do usuário, mas é um problema transversal. Há alguns anos que o serviço de psicologia do HJM vem oferecendo um seguimento dos utentes em grupo. Com esta categoria pretendemos avaliar a importância deste seguimento, como forma de prevenção de recaídas, recuperando assim o utente. Esta categoria está dividida em três subcategorias para uma análise, mais pormenorizada da situação.

- **Subcategoria - I: Satisfação em participar no grupo**

Na análise das informações sobre esse assunto constatámos que todos os entrevistados manifestam-se satisfeitos em participar no grupo e isto é para eles uma forma de ajuda para o problema que é o uso abusivo do álcool. Há aqueles que estão na abstinência há algum tempo, e, os que estão a participar por menos tempo e até pela primeira vez. As respostas foram estas:

“Satisfeito” -H1,H2, H3, H4, H5, H6, H7 e H9.

“Primeira vez que venho ao grupo”- H8.

Ainda alguns manifestaram que a participação no grupo traz outros ganhos no âmbito do conhecimento, da partilha, da escuta, da ajuda recíproca. Expressaram assim:

“Sempre que venho fico bem, ao ouvir aquilo que me ajuda. É pena que às vezes, tenha dificuldade porque moro longe” -H1.

“Sempre que venho fico bem, a ouvir aquilo que me ajuda”- H3.

“Muita experiência”-H4.

“Desde sempre” -H5.

Observámos que o aumento do vínculo entre eles tornou-se notório a cada reunião. Unanimemente os entrevistados consideram que o seguimento é uma forma de inclusão no meio sociofamiliar a partir da aceitação entre eles.

- **Subcategoria - II: Vantagens de pertencer ao grupo**

Esta subcategoria ajudou-nos a perceber que para os utentes trata-se de um grupo de ajuda mútua. Isso significa que todos estão ali para ajudar e ser ajudado. As respostas foram as mais variadas, mas revestem-se dum conteúdo essencial para avaliarmos o acompanhamento dos nossos utentes. Sobre este assunto obtivemos as seguintes respostas:

“Sinto como em uma família. Trocar ideias” -H1.

“Trocar ideias. Em cada partilha fica uma lição” -H2.

“Sinto como em uma família. Encontro aqui pessoas com o mesmo problema, falamos, e sabe-se também que é só coisas passadas. O grupo para mim é como um remédio” -H3.

“Ouvir experiência que outros já viveram tirar proveito disto. É essencialmente partilha, aquisição de experiência. Apoio a quem chega de novo” -H4.

“Desde quando comecei a participar nunca voltei a beber, agora já como bem, trabalho, onde aparecer” -H5.

“Ouvir palavras que nos dizem, ajuda” -H6.

“Troca de experiência uns com os outros” -H7.

“Ajuda a tirar a bebida fora” -H9.

Em relação à importância que os entrevistados atribuem ao seguimento no grupo vimos que todos afirmam ser de suma importância, considerando um espaço de partilha e troca de experiência. Percebemos ainda que os utentes têm facilidade de comunicar entre eles uma vez que vivem todos, o mesmo problema. Contudo, entendemos que é preciso um trabalho insistente na promoção da saúde que sublinhe cada vez mais a indispensável importância do seguimento, como continuidade do tratamento e a consequente reinserção do utente no seu meio familiar, laboral e social. Daí a necessidade de um forte envolvimento da enfermagem e da família nesta luta, para o bem do utente.

- **Subcategoria - III: Casos de recaída enquanto membros do grupo**

Esta subcategoria foi proposta como forma de avaliar o seguimento grupal dos utentes. Sabemos que um dos fatores de risco para o abandono do seguimento é as recaídas que provêm de situações diversas, como emocional, familiar, laboral e outros. Observámos

que dois (2) dos entrevistados têm um período relativamente longo, quatro (4) anos sem consumo, como podemos confirmar com as seguintes descrições:

“A última vez que consumi foi 08 de Outubro de 2013. Nunca tive recaída deste então”-H3.

“Senti o problema (convulsões) e me trouxeram para o hospital em abril de 2013 e desde aquela data nunca tomei. Nunca tive recaída”- H5.

No entanto, para outros o período sem consumo é mais curto conforme pudemos ver, através das seguintes respostas:

“Agosto 2015”-Não tive recaída”-H7.

09 de julho 2016. Desde o mês de julho, não tive recaída” - H9.

“Desde 24 de Março deste ano, não consumi. Não tive recaída, nada” -H1.

Contudo, evidenciam-se casos em que se notam claramente sinais de recaídas verbalizadas pelas seguintes afirmações:

“26 de janeiro deste ano porque fiz anos. Foi ocasional. Ano passado em Outubro. Tive uma recaída que voltei a internar”- H4.

“Há um mês não consumi”- H2.

“Semana passada”-H6.

O alcoolismo (uso abusivo do álcool) é uma doença de difícil controle que se dissemina ao longo dos anos. Apesar das tentativas governamentais e de intervenção na educação para a saúde soma-se ainda a dificuldade de se fazer um tratamento regular não só para o usuário como também para a família. Este estudo nos deu a ideia de que aproximar a família ao tratamento, potencializa o resultado final, prevenindo consequentemente as recaídas. Observamos que três (3) dos nove (9) entrevistados tiveram recaídas e estas estão muito ligadas a algum desajuste familiar. Portanto, o cuidado com a família no campo das dependências é necessário, o qual gera benefícios significativos tanto no padrão de consumo e recaídas do utente, quanto na melhoria das relações familiares e sociais.

3.2. Discussão dos Resultados

Depois da análise detalhada das informações recolhidas é necessário a discussão dos resultados, para uma melhor compreensão. Após todo o plasmado supra, pode-se afirmar que o objetivo geral e os objetivos específicos inicialmente propostos foram atingidos.

Pela análise dos dados percebemos que os utentes em tratamento no hospital João Morais são predominantemente do sexo masculino. A ausência do sexo feminino nos faz pensar nas questões culturais como, o machismo, estereótipos de género e preconceitos, que dificultam as mulheres de procurar ajuda e ingressarem no grupo terapêutico tendo em conta que elas também fazem consumo perigoso assim como consta na nossa justificação. No que concerne ao início de consumo e os motivos que os levaram a procurar ajuda nessa faixa etária (28 e 54), verificámos que os alcoólicos só procuram ajuda quando começam a enfrentar os problemas de saúde física, psicológica e social, ligados ao consumo excessivo do álcool. Porém revelam pouca consciência crítica do consumo como um problema de saúde.

É evidente neste estudo a relação entre o baixo nível de escolaridade, o desemprego, a pobreza e o estado de homens solteiros, com o aumento do consumo de bebidas alcoólicas. Pelas localidades de residência nota-se a forte influência que o meio ambiente exerce no consumo do álcool. Assim pudemos conhecer o perfil sociodemográfico dos utentes atendidos no serviço de psicologia do Hospital João Morais e responder ao nosso primeiro objetivo.

Analisando o segundo objetivo: Identificar os fatores que influenciam o consumo abusivo de bebidas alcoólicas dos utentes atendidos no Hospital João Morais, ficou visível para nós que fatores como o meio familiar propício para o consumo, o início muito precoce agravado com a situação da falta de trabalho, o facto de terem todos a facilidade no seu aceso e até uma certa tradição familiar de uso, constituem a base dessa influência.

No que tange ao terceiro objetivo: descrever os fatores que influenciam o consumo abusivo de bebidas alcoólicas dos utentes atendidos no serviço de psicologia do Hospital João Morais, a maioria relatou que a experimentação do álcool aconteceu junto à família mais precisamente em casa e também com os amigos, semelhante ao citado por Souza *et al.* A idade precoce de consumo, a exposição e acessibilidade ao álcool, assim como as questões culturais tiveram influência significativa no consumo de bebidas alcoólicas nos utentes estudados. O início de consumo de bebidas alcoólicas na adolescência constitui um factor de risco, tanto para o consumo patológico na vida adulta, como também uma porta de entrada para as outras drogas, assim como está provado na nossa fundamentação teórica.

Em relação ao último objetivo: descrever a satisfação dos utentes atendidos no serviço de psicologia do Hospital João Morais sobre a assistência recebida no serviço: apesar da satisfação no grupo ser verbalizado pelos utentes, o tempo em que se encontram em tratamento tanto individual como em grupo (15 dias a 4 anos), a participação regular e o interesse demonstrado em prosseguir, traduz-se num alto grau de satisfação e adesão ao tratamento. De realçar ainda a importância do vínculo afetivo, da troca de experiência e do sentimento de pertença, demonstrado unanimemente pelos utentes como fatores de adesão e satisfação no processo de tratamento.

Valorizando a integração dos dados, tendo em conta os objetivos preconizados, concluímos que os utentes em tratamento no grupo de ajuda mútua encontram-se com idade compreendida entre 28 e 54 anos. Todos do sexo masculino, solteiros e com baixo nível de escolaridade. A situação socioeconómica é baixa, a maioria desempregada ou trabalhador periódico. Esses factores estão associados ao consumo excessivo de bebidas alcoólicas. Constatámos que há predominância do consumo de bebidas alcoólicas nos homens solteiros e que o grogue/aguardente foi a bebida alcoólica mais consumida.

Durante o período de tratamento em grupo a taxa de recaída foi baixa, o que traduz numa grande vantagem. O período de tempo em tratamento (15 dias a 4 anos) e o desejo de continuar foi um dos aspetos de adesão e satisfação no grupo. Para os utentes a participação no grupo é de extrema importância, não só no sentido de manter a abstinência total do álcool, como também as partilhas, troca de experiência e aquisição de novos conhecimentos, constitui recursos para o desenvolvimento pessoal. A intervenção das psicólogas durante o processo de tratamento foi valorizada de forma unânime pelos utentes.

Percebemos que o início de consumo de bebidas alcoólicas ocorreu no período de adolescência. A história de uso de bebidas alcoólicas na família, a convivência e pressão de amigos, foram fatores que influenciaram o consumo de bebidas alcoólicas. A exposição e acessibilidade ao álcool e, as questões culturais principalmente o uso do álcool como medicamento foram os factores determinantes no consumo dos utentes estudados.

Concluímos assim a análise das informações, satisfeitas por termos atingido o nosso objetivo. Consideramos que um trabalho sério na educação para a saúde com uma equipa multidisciplinar torna-se urgente para combater aquilo que definimos como flagelo. Ainda pensamos que a implementação e fiscalização das leis que regulam esta matéria devem ser rigorosamente aplicadas a bem de todos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com os resultados obtidos neste estudo consideramos que o uso abusivo do álcool é sumamente prejudicial à saúde, e ‘o tal beber saudável’ não é inofensivo. Este estudo proporcionou-nos um conhecimento mais vasto do problema. Todavia, é preocupante conhecer o padrão de consumo dos entrevistados (‘desmedido’), e o fácil acesso, desde criança.

Apesar de tudo, os entrevistados reconhecem os problemas ligados ao álcool como sendo de uma grande dimensão sendo que, quase a totalidade, sente a necessidade de procurar ajuda com a finalidade de combatê-lo. O importante, quer para o indivíduo, quer para a sociedade, em termos de saúde e bem-estar social, é que quanto menos álcool melhor, pois, quanto maior for o consumo, maiores são os riscos de consequências nefastas e a ingestão de bebidas alcoólicas conduz a comportamentos perigosos. Logo, importa mais uma vez sublinhar, que a aplicação rigorosa da lei que regula esta matéria, traria muitos ganhos à saúde e consequentemente melhorias significativas na economia e na educação.

Outro fator importante é a prevenção. É preciso investir mais na prevenção, (redução da oferta), conjugando dinâmica e interação entre os múltiplos profissionais e forças vivas da comunidade de modo a obter resultados positivos. É preciso desconstruir crenças, é preciso criar alternativas, é preciso regular de forma mais eficiente as leis.

Tendo em conta o início do consumo muito precoce, pensamos ainda, que a prevenção também precoce, na idade escolar, com a aplicação rigorosa da lei que proíbe a venda, distribuição e consumo de bebidas alcoólicas entre os menores e a publicidade das mesmas [Lei nº. 271/V/97], seria um modo de enfrentar o consumo abusivo do álcool na adolescência.

Gostaria contudo de ressaltar a oportunidade que este estudo se revelou para o meu crescimento pessoal e profissional.

Propostas

Após a pesquisa realizada, verificámos que há vontade política, social e familiar na luta contra o uso abusivo do álcool, mas que existe ainda algumas fragilidades na aplicação rigorosa das leis e na participação ativa da família e da sociedade na luta preventiva contra o uso abusivo do álcool, pelo que apontámos as seguintes propostas:

- Socializar (mais) as leis que regulam esta matéria e fiscalização exigente das mesmas;

- Reforçar os programas de combate ao álcool já existentes;
- Adoção de novas políticas preventivas;
- Uma educação para a saúde (mais efectiva) com equipa multidisciplinar torna-se urgente, para combater aquilo que definimos como flagelo;
- Consciencializar os utentes de que o uso e o abuso do álcool são muito prejudiciais à saúde;
- Atendimento, tratamento e reinserção

BIBLIOGRAFIA

- ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO AO USUÁRIO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NOS SERVIÇOS EXTRA-HOSPITALARES. Esc Anna Nery Ver Enferm 2007 dez; 11 (4): 586 – 92. Disponível em <https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-PT&q=sciELO%2C+pdf>.
- CCCD - Ministério da Justiça (2013), *1º Inquérito Nacional de Prevalência do Consumo de Substâncias Psicoativas nas Escolas Secundária de Cabo Verde*.
- CCCD - Ministério da Justiça (2013), *1º Inquérito Nacional sobre a Prevalência de Consumo de Substâncias Psicoativas na População geral em Cabo Verde*.
- Consumo de álcool em graduandos de enfermagem/UFRN* Miranda FAN, Azevedo DM, Santos RCA, Macedo IP, Medeiros TGB 2007 dez; 11 (4): 663 - 9. Disponível em <https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-PT&q=sciELO%2C+pdf>.
- DAS, C. N. (2000). ALTERAÇÕES METABÓLICAS DOS MACRONUTRIENTES NA DOENÇA HEPÁTICA CRÔNICA. Disponível em <https://scholar.google.com.br/scholar?q=sciELO%2C+pdf>.
- Decreto-Lei Nº 27/V/1997 de 23 de junho (1997). *Interdição do consumo de bebidas alcoólicas a menores de 18 anos*. Boletim Oficial I Série, Nº 24 (23- 06-1997) 278-304.
- DIAS, A., & Precioso, J. (2014). *Prevenção do consumo de álcool em manuais escolares de Ciências Naturais portuguesas*. Revista Portuguesa de Educação, 27 (2), 135-158. Disponível em <https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-PT&q=sciELO%2C+pdf>.
- DIEHL, A., Cordeiro, D. C., & Laranjeira, R. (2011). *Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas*. Artmed Editora.
- DUPONT Robert L. (1997). *CÉREBRO, ÁLCOOL E DROGAS*. Lisboa.
- Fauci Anthony S., Braunwald, Isselbacher, Wilson, Martin, Kasper, Hauser & Longo. (1998). *HARRISON, MEDICINA INTERNA, DECIMA QUARTA EDIÇÃO*, Rio de Janeiro. Editora Mc Graw-Hill inteeamericana do Brasil.
- FIGLIE, N.B., Bordin, S., & Laranjeira, R. (2004). *Aconselhamento em Dependência Química*. São Paulo: Roca.
- GIGLIOTTI, A., & Bessa, M. A. (2004). *Alcohol dependence syndrome: diagnostic criteria*. Revista Brasileira de Psiquiatria, 26, 11-13. Disponível em <https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-PT&q=sciELO%2C+pdf>.

- GOMES, C. M. P. R. (2010). *A medicina geral e familiar e a abordagem do consumo de álcool: Detecção e intervenções breves no âmbito dos cuidados de saúde primários*. Lisboa.
- HECKMANN, W., & Silveira, C. M. (2009). *Dependência do álcool: aspectos clínicos e diagnósticos*. Andrade AG, Anthony JC, Silveira CM. Álcool e suas consequências: uma abordagem multiconceitual. Barueri (SP): Minha Editora, 67-87.
- I SERIE - Nº 29 «B.O.» DA REPUBLICA DE CABO VERDE - 18 ABRIL 2016, *Resolução nº 51/2016: Aprova o Plano Estratégico multissetorial de Combate aos Problemas ligados ao Álcool, 2016-2020*.
- In MELLO, Maria Lucilia Mercês de (2015) – *O álcool e o alcoolismo*: Informação sobre o álcool e seus riscos - 15º Aniversário de A PONTE, Praia, Tipografia Santos.
- LARANJEIRA, (2006). *Manual de psiquiatria*, rio de Janeiro, RJ.Ganabara Koogan.
- LUIS, M. A. V., Santos, M. A. (2000). *Uso e abuso de Álcool e Drogas*, Vol 1, Ribeirão Preto – SP- Brasil. Editora Legis Summa.
- MARY, E. Gunther, (2004) in *Teóricas de Enfermagem e a sua obra*, Lisboa.
- MELLO, Maria Lucilia Mercês de (2001) – *O álcool e o alcoolismo*. Informação sobre o álcool e seus riscos – Coímbra. *Gráfica de Coímbra*.
- Ministério da Saúde (2007). Política Nacional de Saúde- *Reformar para uma melhor Saúde*. Praia: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde (2010). *Plano Nacional para a Redução dos problemas ligados ao álcool 2010 – 2012*. Instituto da Droga e da Toxicodependência. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde (2012). Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012- 2016, *Saúde um compromisso do estado, responsabilidade de todos*. Praia:Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde (2015). *Plano Estratégico de combate aos Problemas Ligados ao Álcool*. Praia. Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde (BR). *Doenças relacionadas ao trabalho*. Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde. 1ªed. Brasília (DF); 2001.
- NETTINA Sandra M., RN, C, MSN, ANP. (1998). *PRÁTICA DE ENFERMAGEM*, Vol 2, Sexta Edição, Rio de Janeiro. Editora Afiliada.
- OLIVEIRA, B.P. (2009). *Alcoolismo: vivência familiar de uma doença social*. Faculdade de Letras da Universidade do Porto. Dissertação de Mestrado. Porto.

- Ordem dos Enfermeiros (2011) *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem* – do original «ICNP Version 2 – Internacional for Nursing Practice»
- PATRICIA A. POTTER, RN, BSN, MSN. (2004). *Fundamentos de Enfermagem*, QUARTA EDIÇÃO, Vol 1.
- PENA, A. P. S., & Gonçalves, J. R. L. (2010). *Assistência de enfermagem aos familiares cuidadores de alcoolistas*. SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas, 6 (1), 1-13. Disponível em <https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-PT&q=scielo%2C+pdf>.
- PILLON, S. C., & Luis, M. A. V. (2004). *Modelos explicativos para o uso de álcool e drogas e a prática da enfermagem*. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 12 (4), 676-682. Disponível em <https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-PT&q=scielo%2C+pdf>.
- RAUL F. L. Sousa, João S. Almeida e Maria Felisberta P. Leal. (1986). *INTOXICAÇÕES*, COPYRIGHT, PORTO.
- REIS, G. A., Góis, H. R., Alves, M. S., & Partata, A. K. (2014). *Alcoolismo e seu tratamento*. Revista Científica do ITPAC, 7 (2), 1-11. Disponível em <https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-PT&q=scielo%2C+pdf>.
- Relatório apresentado pelo escritório das Nações Unidas contra a Droga e o Crime (UNODOC, 2012).
- Relatório Mundial sobre álcool e saúde 2014. Genebra: Organização Mundial de Saúde; 2014. Disponível em <https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-PT&q=scielo%2C+pdf>.
- Revista Científica do ITPAC, Araguaína, v.7, n.2, Pub.4, Abril 2014) disponíveis em <https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-PT&q=scielo%2C+pdf>.
- RIBEIRO, J. K. H., & Santos, M. G. (2016). PERCEPÇÃO DOS ACADEMICOS QUANTO AO CONSUMO DE BEBIDAS ALCOOLICAS DURANTE PROCESSO DE GRADUAÇÃO EM UMA FACULDADE. *Revista FARO CIENCIA*, 2 (2), 88-93. Disponível em <https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-PT&q=scielo%2C+pdf>.
- SCHUCHIT Marc (1998.), *Abuso de Álcool e Drogas* 1ª Edição, Lisboa. CLIMEPSI.
- SENA, E. L. D. S., Boery, R. N. S. D. O., Carvalho, P. A. L. D., Reis, H. F. T., & Marques, A. M. N. (2011). *Alcoolismo no contexto familiar: um olhar fenomenológico*. Disponível em <https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-PT&q=scielo%2C+pdf>.
- SILVEIRA, Camila Magalhães. Padrões de consumo do álcool na população brasileira. Prevenção ao uso indevido de drogas: Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias. – 4. Ed. – Brasília: Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD, 2011.

- SOUSA, F. C., Abrão, A. M., Morgado, A. Conboy, J., Oliveira, M. D. & Pires D. (2008). *O consumo de bebidas alcoólicas na população escolar juvenil*. Loulé: GAIM.
- TOMEY Ann Marriner & Alligood Martha Rale (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra*, Lisboa.
- VARGAS, D., & Labate, R. C. (2006). Atitudes de enfermeiros de hospital geral frente ao uso do álcool e alcoolismo. *Revbrasenferm*, 59 (1), 47-51. Disponível em <https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-PT&q=scielo%2C+pdf>.
- World Health Organization – WHO. Global status report on alcohol. Genebra: (2004) disponível em <https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-PT&q=scielo%2C+pdf>.

APÊNDICES

Apêndice I

GUIÃO DE ENTREVISTA DIRIGIDO AOS UTENTES

1. IDENTIFICAÇÃO

Idade: 1) 20 – 30 ☐ 2) 30 – 35 ☐ 3) + de 35 anos ☐

Sexo: 1) Feminino ☐ 2) Masculino ☐

Habilitações literárias: 4) E.P. ☐ E.S. 5) ☐ E.SU ☐

Estado civil: 1) casado ☐ 2) Solteiro ☐ 3) União de fato ☐ Religião: 1) Sim ☐ 2) Não ☐

Ocupação/profissão: 1) Sim ☐ 2) Não ☐

Agregado familiar: Esposa 1) Sim ☐ 2) Não ☐ - Filhos: 1) Sim ☐ 2) Não ☐

Vivem juntos: 1) Sim ☐ 2) Não ☐ - Vive só: 1) Sim ☐ 2) Não ☐ Com os pais: 1) Sim ☐ 2) Não ☐

Zona de residência:

2. TRATAMENTO

2.1. Como chegou nos serviços de psicologia: Iniciativa própria ☐ Encaminhado B. Urgência ☐

Consulta externa ☐ Internamento ☐ por um familiar ou amigo ☐

2.2. Tempo em tratamento

2.3. Faz seguimento regular. Sim ☐ Não ☐

Se sim, como: Ambulatório ☐ Individual ☐ Em terapia de grupo

2.4. O que o motivou a procurar o serviço?

3. CONSUMO E FATORES DE INFLUÊNCIA

- 3.1. Qual foi a idade de início do consumo?
- 3.2. Como iniciou?
- 3.3. O que o levou ao consumo?
- 3.4. Usa todos os dias? Sim ☐ Não ☐
- 3.5. Quantas doses usa por dia?
- 3.6. Qual é a quantidade em cada dose?
- 3.7. Que tipo de bebida alcoólica mais usa?
- 3.8. Usa outras drogas ilícitas? Sim ☐ Não ☐. Se sim, quais?
- 3.9. Como é o hábito de beber: sozinho ☐ acompanhado com amigos ☐ com família ☐
- 3.10. Onde bebe: Em casa ☐ Fora de casa ☐
- 3.11. Em que situação mais consome o álcool?
- 3.12. Considera que o seu consumo de álcool esteve associado a algum problema? Sim ☐
Não ☐ Relacionamento ☐ Família ☐ Trabalho ☐ Económico/financeiro ☐ Conflitos
interpessoal ☐
- 3.13. História familiar do consumo: Pai ☐ Mãe ☐ Irmão ☐ Amigos ☐
- Outros agregados familiares têm influenciado o consumo: Sim ☐ Não ☐

4. AMBIENTE GRUPAL

- 4.1. Sente satisfeito em participar no grupo?
- 4.2. Consegue identificar as vantagens de pertencer ao grupo?
- 4.3. Quando foi a última vez que consumiu álcool?
- 4.4. Ao longo do tratamento apresentou algum período de recaída? Sim ☐ Não ☐
- Se sim, porque?

Apêndice II

Abençoado
01/03/2017
COPES

Exma. Senhora Diretora do Hospital Regional de Santo Antão

Dr. Rosa

Santo Antão, 10 de Fevereiro de 2017

Assunto: Recolha de informações para realização da Monografia do Final de Curso.

Rosa Delgado Rocha, aluna nº 3793 do curso de complemento de Licenciatura em Enfermagem na Universidade do Mindelo vem por este meio mui respeitosamente informar a vossa excelência que neste momento encontra-se a realizar o seu trabalho de conclusão de curso sob o tema "O uso abusivo do álcool e o seguimento ambulatorio dos pacientes no Hospital João Morais."

O referido trabalho tem como objetivo geral Identificar os fatores que influenciam o consumo abusivo de bebidas alcoólicas dos utentes atendidos no Hospital João Morais e os objetivos específicos conhecer o perfil sócio-demográfico dos utentes atendidos no serviço de psicologia do Hospital João Morais; descrever os factores que influenciam o consumo abusivo de bebidas alcoólicas dos utentes atendidos no serviço de psicologia do Hospital João Morais; analisar a satisfação dos utentes atendidos no serviço de psicologia do Hospital João Morais sobre a assistência recebida no serviço;

Nesse sentido vêm-se por este meio solicitar a autorização necessária para proceder a recolha das informações necessárias junto dos pacientes seguidos no Hospital.

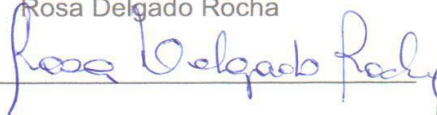
Informa-se ainda que a recolha de dados será feita mediante a aplicação de um guião de entrevista devidamente validado para o efeito e que o mesmo atenderá a todos os preceitos éticos inerentes aos trabalhos do género.

Sem mais do momento,

Subscreve-se com a mais alta consideração, na expectativa de uma resposta favorável,

A requerente,

Rosa Delgado Rocha



Apêndice III

TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE e ESCLARECIDO

No âmbito do trabalho de conclusão do curso da Licenciatura em Enfermagem na Universidade do Mindelo a aluna, Rosa Delgado Rocha n. °3793 pretende realizar um estudo intitulado: *O uso abusivo do Álcool e o seguimento ambulatorio dos utentes no Hospital João Moraes* com o objetivo de *identificar os fatores que influenciam o consumo abusivo de bebidas alcoólicas dos utentes atendidos no Hospital João Moraes*.

Neste sentido, gostaria de ouvir as suas opiniões sobre o tema em estudo pelo que solicita-se a sua participação para o mesmo. Informa-se que a sua participação na investigação é livre e voluntária, podendo desistir a qualquer momento. A sua tarefa consiste em responder algumas questões pelo que as suas respostas sinceras serão de mais-valia para o desenvolvimento do estudo.

Informa-se ainda, que as respostas serão gravadas em áudio, e usadas somente neste estudo pelo que o material colhido será destruído após o uso no estudo. Garante-se ainda a confidencialidade dos dados colhidos e a garantia do anonimato tanto no decorrer e como após o estudo.

O estudo não comporta qualquer risco, porém, no que diz respeito às vantagens poderá contribuir para melhorar o atendimento e o seguimento dos utentes do mesmo hospital para garantir uma qualidade de vida saudável.

Este documento apenas deverá ser assinado no caso de todas as suas dúvidas referentes à participação no estudo já tiverem sido esclarecidas. E caso houver alguma dúvida e necessite de alguma explicação não hesite em perguntar antes de autorizar a participação no estudo. A assinatura no presente documento representa seu consentimento para participação.

Eu, _____ declaro que aceito participar no estudo por minha livre e espontânea vontade.

Santo Antão, ____/____2017

Assinatura do(a) participante

Assinatura da pesquisadora
